

### コラム欄について

この調査研究の共同研究者や当センターの相談員の方々に、メンタルヘルスのテーマについて短い文章を書いてもらいました。一般的な解説から、当センターで行った調査研究のデータをもとにもう一步突っ込んだ解釈や意見など、中身は種々様々ですが、メンタルヘルスについてのヒントが多く含まれています。平成 23 年度報告書と一緒に参考にさせていただければ幸いです。

執筆された方々は下記のとおりです（五十音順）。

井上蓉子	元埼玉県精神保健総合センター主席精神相談員
小林幸太	メンタルヘルスアシスト北海道代表、札幌医科大学非常勤講師
志渡晃一	北海道医療大学教授
豊島眞	札幌カウンセリングセンター所長
中野倫仁	北海道医療大学心理学部長
西基	北海道医療大学教授
久村正也	札幌心身医療研究所所長、北海道医療大学客員教授
福田勝洋	久留米大学名誉教授、北海道大学客員教授
三宅浩次	北海道産業保健推進センター所長、札幌医科大学名誉教授

コラム欄 目次 (太字はコラムの題名、イタリック体は報告書の目次)

はじめに

**メンタルヘルス対策の効きは遅い — 関心は高いが、現実は厳しい** . . . . . 5

序章

1 異常に多い「うつ症状」

**うつ病とは?** . . . . . 7

**うつの予防** . . . . . 10

**脳内伝達物質とうつ病** . . . . . 11

2 精神症状悪化の背景

**労働時間規制は経済より健康を優先すべき** . . . . . 12

**メンタルヘルス問題における「事例性」と「疾病性」** . . . . . 13

**文学と精神疾患** . . . . . 14

3 うつ病がもたらす損失

**職域でメンタルヘルス対策を行う根拠** . . . . . 15

**安全配慮義務** . . . . . 16

**メンタルヘルス対策の費用と効果** . . . . . 17

**過労死・過労自殺裁判例** . . . . . 19

4 企業のためのメンタルヘルス

**働かないアリ** . . . . . 20

**職場復帰支援について** . . . . . 22

**産業保健スタッフに求められる若年性認知症対応** . . . . . 25

**明るく見える企業は働く意欲が高い** . . . . . 26

第1章 労働形態の変化とメンタルヘルス

1 身体労働から精神労働への変化はメンタルヘルスに影響を与えたか

**精神労働がうつ症状を増やすとは限らない** . . . . . 27

2 労働負担と裁量度, そして人間関係

2.1 労働負担

**燃え尽き症候群** . . . . . 28

2.2 仕事裁量度

**仕事要求量と裁量度** . . . . . 29

2.3 人間関係

**人間関係の悩み** . . . . . 30

**A型性格とC型性格** . . . . . 32

<b>天才と「狂気」</b> . . . . .	3 4
3 仕事以外の要因, 仕事の意味	
3.1 ワーク・ライフ・バランス	
<b>知能指数、すなわち IQ、EQ、そして SQ — 直線志向の誤り</b> . . . . .	3 6
<b>幸福とは何か — ブータン国の国民総幸福度</b> . . . . .	3 7
<b>パート女性と正職員女性の違い</b> . . . . .	3 8
3.2 役立つ仕事と自己実現	
<b>コーチング</b> . . . . .	3 9
<b>メンター制度</b> . . . . .	4 0
<b>自己実現</b> . . . . .	4 1
4 組織としてのメンタルヘルス	
<b>管理職のメンタルヘルス — 男性と女性の差</b> . . . . .	4 2
<b>管理職とは</b> . . . . .	4 3
<b>アサーション — さわやかな自己主張</b> . . . . .	4 4
<b>いじめ・パワーハラスメント</b> . . . . .	4 6
<b>事業場外の支援機関について</b> . . . . .	4 7
5 仕事の多様化	
5.1 時間的不規則性	
<b>体内時計・神経内分泌・うつ病</b> . . . . .	4 9
<b>「早朝型」の勤労者と健康</b> . . . . .	5 1
5.2 正規職員と非正規職員	
<b>知的障害者の雇用 — 日本でいちばん大切にしたい会社</b> . . . . .	5 3
<b>正規職員もつらいよ</b> . . . . .	5 4
<b>最近1年間に転職してきた人たち</b> . . . . .	5 6
6 個人側の問題	
6.1 生活習慣	
<b>性・年齢と抑うつの程度</b> . . . . .	5 7
<b>メンタルヘルス維持・増進の基礎 — 心身相関ということ</b> . . . . .	6 0
6.2 ストレス解消法	
<b>脆弱性—ストレス理論</b> . . . . .	6 1
<b>ストレスとストレスサー</b> . . . . .	6 2
<b>ストレス・悩みの解消法</b> . . . . .	6 3
<b>ストレスは喫煙を促進するか、喫煙はストレスを軽減するか</b> . . . . .	6 5
<b>自律訓練法 — ストレス対処の基本技法</b> . . . . .	6 8
<b>怒りっぽくなっている人</b> . . . . .	6 9
6.3 LOC…内的・外的統制	

LOC についての一考察	7 0
性格特性のビッグ・ファイブ	7 2
性格類型論 — 血液型と性格は無関係	7 3
コンプレックス、劣等感、そして優越感	7 4

#### 第4章 調査標本の代表性, 尺度の信頼性・妥当性について

##### 1 使用したデータベースの代表性

疫学って何するものなの?	7 5
--------------	-----

##### 2 各種尺度の信頼性と妥当性

調査結果として同じ嘘が反復して得られるとその調査は信頼できる?	7 7
---------------------------------	-----

「うつ病を発症」と「うつ病を発病」はどう違いますか	8 0
---------------------------	-----

##### 3 調査の限界

「発うつ」、又は「発うつの疑い」と呼んだらどうでしょうか	8 4
------------------------------	-----

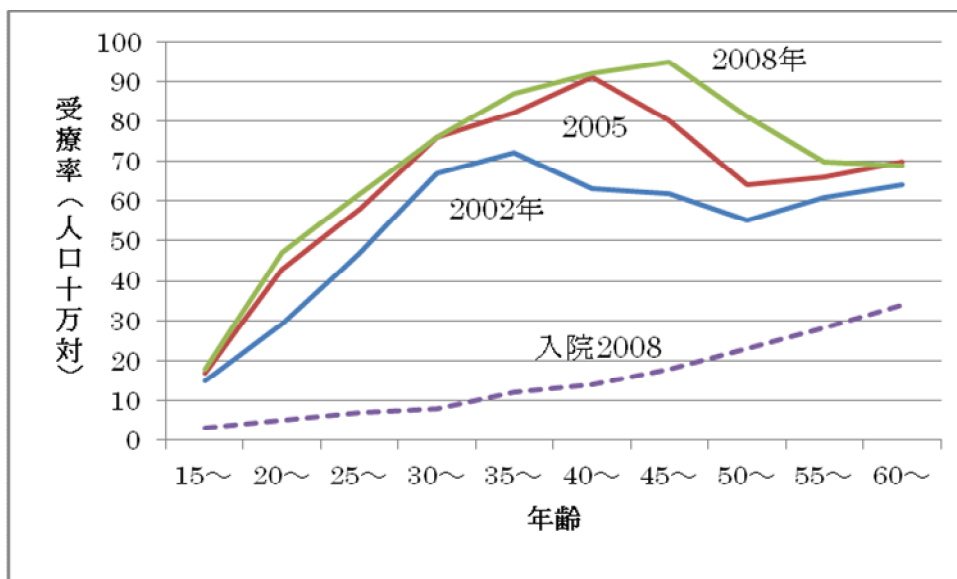
はじめに

### メンタルヘルス対策の効きは遅い ― 関心は高いが、現実は厳しい

今回の調査で、事業場で行っているメンタルヘルス関係の対策について 12 項目を示し、その項目を実施しているかどうかを現在と 3 年前について質問しました。どの項目も 3 年前に比べ、実施しているという事業場の割合が増えています。調査に回答してくれた担当者（大半が人事労務担当）の意見もメンタルヘルスに対し前向きでした。また、平成 22 年度に設置されたばかりのメンタルヘルス対策支援センターを知っていると答えたものが約半数もいました。つまり、事業場でのメンタルヘルスへの関心は高まっています。

ところが、休職者の現状は必ずしも良いとはいえません。平成 22 年度調査の結果から現在休職している労働者の率は、従業員 1000 人あたり 1.80 人と推測されました。この値は、4 年前に同様の調査を行ったときの 1.83 人とほとんど変わりません。

全国的なデータでは、3 年に 1 回の調査ですが、厚生労働省の患者調査というのがあります。平成 20 年（2008 年）の患者調査では、10 月中旬の 1 日に人口 1000 人に 0.63 人が気分障害（大部分がうつ病）で外来受診しています。その前の調査（2005 年）では、0.60、さらに前の調査（2002 年）では、0.51 でした。この 3 回分の調査を年齢別に図で示します。参考として 2008 年の入院率も示しておきました。



どの年齢でも回を追うごとに受療率が上昇しています。特に若い年齢層の20代から30代にかけて年齢とともに急上昇し、2002年の30歳代の山が2008年に40歳代に移っています。この人たちは、1960年代ころに生まれた世代で、少年期、青年期に好景気でバブル以前の裕福な時代を苦労知らずに過ごした人たちが多くと思われます。この20年くらいにわたる経済状況や経営方針の急激な変化に対応することが、この世代にとっては、特に大きな負担であったのかもしれませんが。

この患者調査から、もし仮に患者が平均2週間に1回受診していたら、調査当日に治療を受けてはいないが、その陰に14倍の患者がいることになり、人口1000対8.8人の有病率と推測されます。職場での休職者には、入院している人と外来に通院中の人がいるはずですが、また、通院していても通常の勤務をしている人もいるでしょう。なお、入院している人は、外来の年齢分布とは異なり、年齢が上がると入院率も上がっています。患者調査と比べ今回のわれわれの調査で、1000人あたり1.8人が休職ということは、その数倍の患者が勤務を続けているのか、あるいは失業しているのだろうと思います。

図のように年齢が40代までは受療率が高くなって行きます。ところが、われわれの調査では、年齢が上がると「うつ症状」（CES-Dの平均値）が下がります。一見、矛盾しているように見えますが、これは健康労働者効果といわれるもので、「うつ症状」が高いものは職場から去って行き、残った健康な労働者では「うつ症状」が少なくなるということで説明できます。さらに入院しているものの割合が、年齢が上になると増えているということは、働き盛りの相当数がうつ病のため失業している可能性が示唆されます。現在、職場に残っている中高年者はメンタル的に丈夫な方々といえそうです。

これらのデータからも、労働者のメンタルヘルスが改善されているとは言えません。とはいえ、職場でのメンタルヘルスに対する関心は高まっていて、種々な対策が講じられています。人間のふだんの思考や、行動を簡単に変えることは困難です。メンタルヘルス対策は、時間を掛けてじっくりと取り組まなければならないということでしょう。（三宅）

（平成22年度調査研究報告書縮約解説版から一部修正して再掲しました）

## 序章

### 1 異常に多い「うつ症状」

#### うつ病とは？

本調査研究で用いた質問紙には、アメリカ国立精神保健研究所が疫学的利用を目的として開発した「うつ状態」尺度である CES-D (Center of Epidemiological Studies-Depression) が含まれています。開発者 Radloff, 日本語版作成者である島らが推奨しているカットオフ値 16 点以上の方が約 4 割に上っており、この方々が全員「うつ病」であるという診断には当然なりません。一定程度心が疲弊した状態にある方が多くなっていると考えても良いでしょう。この点数が高くなる原因疾患としては、うつ病のほか、躁うつ病（双極性障害）のうつ状態の時期、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害、アルコール等の依存症、各種心身症などが考えられます。精神疾患に属さない状態では、他の身体疾患（深刻な病気、慢性に経過する病気など）、近しい家族や友人との死別、離別、経済問題、人間関係の苦悩などがある場合に、反応性に高くなることが予想されます。

さて、1998 年(平成 10 年)から毎年 3 万人を超える自死者がいる日本。2002 年の WHO、世界保健機構による報告では、自殺して亡くなる方の 96%に何らかの精神疾患の診断がつき、その中で最も多いのがうつ病としています(図 1)。厚生労働省によって 3 年に 1 度行われている患者調査では、うつ病を含む気分障害の患者が最新の 2008 年度(平成 20 年度)調査で初めて 100 万人を超えました。本調査の対象者である、働く方々のうつ病も多くなっていると想像されます。

以下、うつ症状を来たす代表疾患であり、近年急増傾向にある「うつ病」について簡単に解説いたします。うつ病は、ICD-10(国際疾病分類-10)では、気分障害に分類されている精神疾患、つまり脳の病気の 1 つです。発病の原因は、はっきりとしない場合もありますが、多くは本人にとっての精神的、身体的ストレス状況が関係しています。労働者では特に、仕事の量や質に関する負担に加えて、職場やプライベート上の人間関係の葛藤が続くといった、公私共に逃げ場の無い状態であることを余儀なくされた時に変調をきたすことが多くなるようです。職場配置転換後、昇進や降格、結婚や離婚、肉親との死別、自身の大病、経済問題など、普段の生活からの変化や大きな精神的な負担、葛藤を伴うであろうイベントを経験した後も、注意が必要といえます。なお本調査においても、うつ症状の強さとイベント経験の有無が、強固に関連していることがわかります(特に離婚、業務内容の大きな変更、降格といったイベント経験者でうつ症状得点が高い)。

うつ病では、日頃の様々な活動をする上で中枢となる臓器、脳の変調をきたすため、実

にさまざまな症状が表れる可能性があります。例えば、精神活動における不具合として、気分が落ち込む、憂うつな感じがする、意欲が低下する、集中力が減退する、頭がうまく回転しない感じで考えられない、不安・焦燥感といったような症状が出現します。身体症状としては、疲労感、頭痛、めまい、吐き気、動悸、呼吸苦、食欲の異常、睡眠障害などを訴える方が多いです。また、朝起床時から午前中は特に心身ともに調子が悪いが、夕方以降は徐々にそれらが回復してくる、といった日内変動を自覚する方が少なくないことも、うつ病の特徴の 1 つです。気分の落ち込みや意欲の低下、各種身体症状は、今まで心の健康を保ってきた方であっても、多かれ少なかれ感じてきたことがあるはずです。うつ病では、これらの症状の程度が重く、日常生活に支障を来す状況であるか、一定期間以上（診断基準上は 2 週間以上）持続する状態となっています。自分らしさを保つために、いきいきと人生を送る上で重要な臓器である脳の病気、しかも、気分がうつうつとしてやる気が起きず、思考が曇ってしまっている状態のうつ病は、大変苦しい病気であるということをご理解いただけたと思います。なお周囲からは、見た目での疾患がはっきりとわかる状況には通常ないことから、日頃からの良好なコミュニケーションが重要であるといえます。また職場では、元気が無い、口数が少なくなる、落ち着かない、といった普段とは違った様子がみられる場合のほか、遅刻や欠勤、ミスが増えたりすることが変調のサインとして現れる場合があります。

症状があてはまると思う方は、早めに精神科または心療内科の受診をご検討ください。周囲で心配な方がいる場合には、健康状態を気遣う声かけに加えて、受診勧奨も考慮したいところです。どの臓器の病気も同様ですが、早めの気づき、早めの対処、治療を行うと、それだけ病状回復も早いことが知られています。また、安易な自己判断は危険ですので、診断、治療については専門家受診をしてください。

症状のところで触れましたように、本人や本人を見守る周囲にとって、うつ病はとても辛い病気ではありますが、治療が開始されますと、高い確率で改善が期待できます。本人に合う抗うつ剤を服用し、なおかつ効果が出る量まで増薬すること、心と身体の十分な休息を得ることが治療の基本。個人個人の病状の程度、支援者の状況などによってベストと考えられる療養環境および治療を選択していくこととなりますので、医療機関では遠慮なさらずに種々相談していかれることが重要です。また、抗うつ剤の一般的な効き方で押さえておきたい点があります。それは、効果を実感するには、合う薬を十分量まで増やしてから、早くで一週間、通常二週間ほどかかるという、タイムラグを伴う点です。4 週間ほど経過してようやく効いてくる場合もありますので、慎重に焦らずゆっくりと療養したいものです。副作用として比較的多いものでは、めまい、ふらつき、吐き気などがありますが、その点でも主治医とはよく相談していただくと良いでしょう。

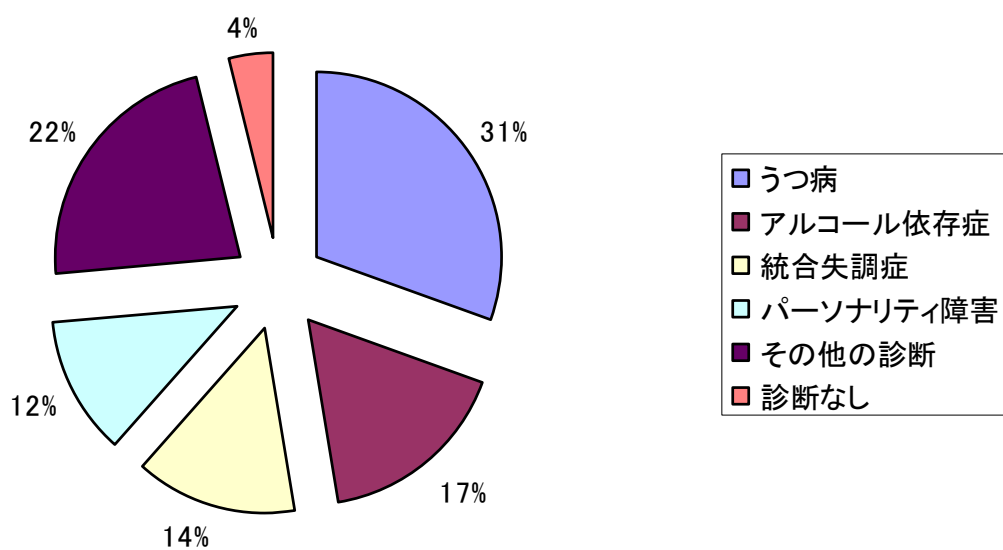
まとまった期間休んでの療養が適切であると判断されることもあります。その場合は、自宅での療養か入院を選択することがほとんどです。療養する場合は、できるだけ焦らずにゆったりと過ごし、心と身体の両方の休息をとることを目指します。特に心の休養、つ



まり脳の休息が重要。休んでいても、あれこれと仕事のこと、職場のこと、過去の失敗の後悔、未来の取越苦勞的な不安をイメージしてばかりでは、脳のエネルギーは充填してこないどころか、症状が悪化してしまうこともあります。当事者は心身のリラックスを心がけ、周囲は少しでも当事者が安心して療養できるようにサポートしていくことが、病状回復、安定にとって大変重要なポイントとなります。

どの病気の予防を考える上でも重要ですが、日頃から上手なストレス対処を行って自分らしい生活を心がけて病気にならない、なりにくい状態に保つ。変調を来たしてしまったら早めに受診、治療を始めること。診断後は適切な薬を服用しながら、焦らずゆっくり療養を。改善したら、周囲の支援を得ながらリハビリをして徐々に以前の環境に慣れたり、再発を予防する取り組みをして参りましょう。(小林)

図1 自殺者の精神疾患(2002年WHO)



## うつの予防

うつはQOL（Quality Of Life：生活の質）を著しく低下させます。「うつはこころの風邪」という臨床専門医のメッセージは「うつは誰でもが罹る可能性がある疾病である」ということです。しかし、「風邪は病気ではないので放っておいても治るものである」といった誤ったメッセージとして伝わっていることが危惧されます。うつは放っておいて治るものではなく、むしろ悪化する可能性さえあります。まさに「風邪は万病のもと」でもあるのです。

抑うつ尺度として、アメリカの国立精神保健研究所が開発した **Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)** が世界各国で汎用的に使用されています。「普段はなんでもないことがわずらわしい」「物事に集中できない」などの 20 の質問項目を用いて自己評価し点数化します。便宜的に総合得点（0点～60点に分布）が 0点～15点までであれば低うつ群、16点以上であれば高うつ群と分類します。

これまで高うつ群の割合について、様々な集団について調査されています。例えば、高うつ群の割合は全体として4割前後で、製造業従業員 950名：36.1%、一般公務員（非休職者）2697名：46.7%、公立小・中学校養護教諭 293名：34.2%、栄養士 119名：37.0%、精神保健福祉士 161名：30.0%、社会福祉士 151名：37.0%、保健師 195名：36.9%、主任介護支援専門員 126名：36.5%でした。ちなみに大学生では高うつ群の割合が 70%に及ぶ集団も散見されています（驚きです！）。

高うつ群の特徴として、「仕事の量が多くノルマに追われる」などの負担度が高く、「仕事に自分の意見を反映できない」などの自由度が低く、「困ったときに上司、同僚が助けてくれない」などの支援度が低い傾向が窺われました。これに対して低うつ群では「仕事が自分に合っている」「仕事の方針や目標が明確である」「自分の仕事は社会に役立っている」など適職感があり責任範囲が明確で仕事に誇りを持っている状況が浮かび上がりました。

「予防は治療に勝る」との観点からみると、「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」といったワークライフバランス、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」としたソーシャルサポート、「現在勤めている企業の将来は明るい」といった希望の兆しが抑うつを緩衝する因子として示唆的です。その中で、特に家族からのサポートがその重要性を増してきているようです。うつ予防の一助となる研究の進展が期待されます。（志渡）

## 脳内伝達物質とうつ病

脳は神経細胞が集まってできています。その数、数千億個とも言われます。脳の中では、これら多数の神経細胞の間でやりとりが交わされていますが、そのやりとり（情報伝達）は、実は化学物質が担っているのです。つまり、化学物質が信号の役目を果たしているというわけです。神経細胞が化学物質を作り出して、隣の細胞との間に放出し、隣の細胞がこれを受け止めると情報が伝わる、という仕組みです。実は、神経細胞間の情報伝達は、末梢神経においても化学物質によってなされているので、これらは「神経伝達物質」と呼ばれているのですが、脳の中におけるものは特に「脳内伝達物質」と呼ばれます。

脳内伝達物質の代表例には、セロトニンやノルアドレナリンなどがあります。このうち、セロトニンは、意欲を伝達する役目を持っているため、これが不足すると、意欲や活力が減退するなどのうつ病の症状が現れてきます。現在、頻繁に使用されている「抗うつ剤」の1つが「選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)」です。この薬は、細胞の外へ放出されたセロトニンが細胞内に再び取り込まれるのを防ぐことから、細胞の間におけるセロトニンによる情報伝達がスムーズに行えるようになり、うつ病の症状の改善に結びつきます。

ノルアドレナリンは、やはり意欲・興味・関心に関係し、かつストレスにさらされると放出されます。ところが、長期間にわたる強いストレスを受けると、ノルアドレナリンが次第に枯渇していき、結果として、意欲の減退などのうつ病の症状が出てくるとされています。「選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)」だけで治療しても効果が出にくい場合には、ノルアドレナリンの作用を増強する薬剤を使用する場合があります。(西)

## 2 精神症状悪化の背景

### 労働時間規制は経済より健康を優先すべき

労働時間については、これまで種々の法律や政策として規制する方向で進んできましたが、その根源的な考え方には、残業代を払いさえすれば、長時間労働が許されるという論理、つまり経済的な損益が主で、働く人々の健康という視点が欠落していました。

ヨーロッパの国々では、健康に配慮して1日の休息と生活の時間を先に決め、それから労働時間を制度化するという方式を採用しています。例えば、EUでは、1日につき連続11時間の休息時間を求めています。これですと、1日8時間勤務の場合、5時間を超える残業はありません。これに1週ごとに最低24時間の絶対休日を設けるといいます。経済より健康を重視しているのです。

今回の調査では、1.6%の人が月80時間を超える残業をしていると答えています。2006年度(平成18年度)の調査時には、3.1%でしたので、4年間で少しは改善に向かっているのでしょうか。今回の1.6%の129人を調べてみました。男性が88%、正職員が92%、管理職と答えた人が36%(全数では16%です)、名ばかり管理職が多いのかもしれませんが。残業の理由で上司の命令が23%(全数では13%)、自分の仕事が片付かないからというのが81%(全数では45%)、ノルマや納期に追われているで「そうだ」と答えた人が64%(全数では29%)で、伝統や習慣が強制的で「そうだ」と答えた人が30%(全数では16%)でした。CES-Dで「うつ病」を疑われる16点を超える人が54%もいて、健康満足度も低く(満足はわずか5人)、仕事については全体として自由がないという状況です。(三宅)

文献 濱口桂一郎：新しい労働社会—雇用システムの再構築へ。岩波書店(岩波新書)。2009年。

## メンタルヘルス問題における「事例性」と「疾病性」

メンタルヘルス関連疾患は、多くの場合、受け入れる周囲にとっても当事者にとっても実体が見えにくい病気です。以前は元気に仕事をしていた方が、今はうつむき、挨拶もせず、仕事のミスが増え、遅刻や早退を繰り返している、といった個々の当事者に見え隠れする実際観察される行動。人は往々にして、良くわからない、理解しにくい事象が目の前で起きている場合には、受け止め側にとって都合の良い解釈で理解した気になるなど、偏見につながりやすい考え方になりがちです。また、理解しよう、理解してあげたいと考える方の中には、どんな診断名の病気であり、その病気は何が原因で起き、どのような症状があるのかを知るために行動する方もいます。しかし一方で、病気のことを知り、それを目の前で苦悩する個人に当てはめようとし過ぎると、少しでも教科書的なことと合致していない側面があると、強い違和感を感じがち。当事者が今の状態に至った原因と考えられるものが取り除かれているから良くなるはずなのにまだ具合が悪いのはおかしい、教科書にこのような症状は書いていないからこれは甘えているだけだ、などの発言が周囲から聞こえてくることがあります。

個別具体的に日々の生活の中、職場の中で認められる客観的事実、実際の行動のことを「事例性」。ある1つの病気について一般的に知られていること、メカニズムや症状、治療、予後などについて、「疾病性」といいます。前述したように、周囲の受け止め方、視点は、「事例性」のみに着目したり、反対に「疾病性」のみで理解しすぎるきらいがあります。「事例性」のみを見てしまうと、社会的に容認しにくい行動については結局のところ理解できない・・・という方向に。「疾病性」を中心に見過ぎてしまい、かつその知識が浅かったり当事者と関わった経験に乏しいと、当事者個々人の細かなことについて、やはり理解できないという方向に進みやすいです。職場においては「事例性」をもとに理解し支援するのが通常ですが、そこに「疾病性」からの理解もしておくほうが柔軟に対処できるようです。医療専門職では、「疾病性」をもとに当事者と関わり、診断、治療に当たることになるのですが、その中に「事例性」を見ていく姿勢に欠けていると、職場や社会へ復帰するときの支援が表面をさらうような浅いものになったり、再発予防に関わる支援につながりにくいこともあり注意が必要といえます。

つまり、職場では「事例性」が大事だとことさら強調されることがありますが、「疾病性」も頭の片隅に入れ、医療側では当然「疾病性」から当事者と関わることになりませんが、「事例性」も垣間見るようにする。比重の違いこそあれ、どちらの視点も持つておくことが大切であり、偏り過ぎないようにしておくことが、当事者への支援をよりよいものにしていく要素の1つになると考えます。（小林）

## 文学と精神疾患

文学作品には、作者の精神状態が投影されていることが少なくないばかりか、しばしばそのものがズバリ出ています。例えば、夏目漱石(1867-1916)は、抑うつ状態に苦しんだと伝えられていますが、「行人」に登場する、教師をしている人物が、抑うつ状態で思考抑止(頭が働かない)のままで授業をして、学生の質問にうまく答えられず、「しまいには手を額へ当てて、どうも近来頭が少し悪いもんだから……とぼんやり硝子窓の外を眺めながら、いつまでも立っている」様子が書かれています。これなどは、漱石自身の経験そのものか、あるいは心理状態を元に作り出した場面かも知れません。また例えば芥川龍之介(1892-1927)の「歯車」は「僕はもうこの先を書きつづける力を持つてゐない。かう云ふ気もちの中に生きてゐるのは何とも言はれない苦痛である。誰か僕の眠つてゐるうちにそつと絞め殺してくれるものはないか？」で終わっています。龍之介もやはり抑うつ状態であったと言われ、最後は服薬自殺してしまうのですが、この「歯車」の最終部分には、彼の苦しい状態が出ているように思えます。海外の小説家ですと、例えば「ガリバー旅行記」を書いたジョナサン・スウィフト(英国、1667-1745)も次第に抑うつ状態かそれに類した状態へ陥ったと言われており、「ガリバー旅行記」の「小人国」と「巨人国」の記述は比較的ユーモラスなのですが、最終の第4章の「馬の国」(人間と馬の立場が逆転し、人間つまりヤブーは家畜同然に扱われている)では、自分の苦しさを直接書いた部分こそほとんど見当たらないものの、ユーモアは完全に消え、先に進んでいくほど陰惨の程度を増しており、これが同じ作者かと思うほどのものとなっています。(西)

### 3 うつ病がもたらす損失

#### 職域でメンタルヘルス対策を行う根拠

職場のメンタルヘルスの状況は 1998 年度(平成 10 年度)から続く働き盛り層の自殺者数の高推移、患者調査による気分障害患者の 100 万人突破、本調査によって抑うつ症状が一定程度にある労働者（CES-Dカットオフ値による）が 4 割を超える事実などからも深刻な問題となっていることが想像できます。さて、1 日の多くを過ごす職場環境は、1 人 1 人の健康状態を悪化という方向にも、反対に改善・維持させることにも関係します。つまり職場における仕事の量や質、作業環境、人的環境といった要因によって、そこで働く人の健康に良くも悪くも影響することになります。これだけ職域のメンタルヘルスの問題が大きいこと自体、および職場の種々の環境が心の健康に影響するという事実が、職域でメンタルヘルス対策を行う根拠の 1 つとなります。加えてそれ以外で押さえておきたいポイントもあります。それは、法的根拠と SR 的側面、費用対効果分析（別途参照）の 3 つです。

職域におけるメンタルヘルス対策を行う上で重要な関係法規には、メンタルヘルスを含む健康問題全般における職域での活動の基本事項を定めている労働安全衛生法、企業・団体における自殺予防についても謳っている自殺対策基本法、安全配慮義務※について初めて法律に明文化した労働契約法、その他、メンタルヘルス問題に対処すべき根拠や行動について具体的に示している厚生労働省による指針・通達などがあります。事業者はもちろん、人事労務担当者、産業保健スタッフは、これらの関係法規を守りつつ、それぞれの事業場におけるメンタルヘルス活動を推進していく必要があります。

また、近年 SR という考え方が欧米を中心に重要視されており、本邦でも広がりつつあります。SR とは、**social responsibility** の略で、企業や団体の社会的責任と訳されます。企業や団体組織には、株主や社会全体へ利益を与えること、安全で良質なサービスを提供するといった外部へ向けた活動について責任を持つこと以外に、それらの内部組織での活動にも社会的責任を負うことが要求されるというものです。企業、団体内部で働く方々のメンタルヘルス改善、向上、維持にかかる活動の充実もあって、初めて社会的な容認が得られることとなります。つまり、いくらその団体が社会に利益をもたらしていようが、団体内部での活動において、法順守がなされずに、快適な職場環境を目指さないで、働く人の健康を守る活動になっていない場合には、社会的には認められないということになります。事業者は SR 的側面からも自らの組織が、組織で働く人々が生き生きと気持ち良く安全・健康に働くことができるよう制度を整えたり、教育研修やそれらに関わる活動を推進していくことが重要であると読み取ることができます。(小林)

## 安全配慮義務

元々は労働災害関係における裁判の判例用語として使われていた用語でしたが、2008年(平成20年)3月施行の労働契約法で初めて明文化されました。同法第五条では安全配慮義務について、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命・身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする」としています。なお安全は、健康とも置き換えることができます。さらに、当然のことながら健康にはメンタルヘルスも含まれますので、雇用主や職場長には社員や部下の心の健康に対する配慮が求められているという根拠にもなっています。(小林)



## メンタルヘルス対策の費用と効果

医療経済学においては、ある医療手段にかかる費用と、その医療手段がもたらす効果・効用について、費用効果分析、費用効用分析、費用便益分析などと呼ばれる分析を行います。ただ、これらは、多くの因子を考慮に入れ、またある程度の推定も行った上での、複雑で細かい分析です。医療ではありませんが、身近な例を取りますと、毎月の小遣が 1 万円の大学生が、欲しい物がいくつかあるとします。欲しい物を全部買うわけにはいきません。そこで、彼は欲しい物に優先順位をつけてリストを作ります。リストの筆頭に挙げたものから買うことになるのですが、ここで問題が起きます。まず、同じ性能・内容ならば、価格が安い物を選ぶことになりませんが、買いに行くのに必要な交通費も考慮する必要があります。遠くのスーパーで安売りをしていても、往復交通費がかかるためにかえって高くなるかも知れません。さらに、買い物に使う時間も関係してきます。やはり遠くの店に行くために、いつもしているアルバイトを休んで行くことになると、アルバイト代の損失も考えなければなりません。さらに細かいことを考えると、そこに行くための交通手段を利用するために生ずるリスク、例えば自転車に乗っているうちに車にはねられるリスクや、逆にこちらが歩行者をはねて加害者になるリスク、自転車が盗難に遭うリスクもありますし、自転車購入に伴う減価償却や、自転車保険の保険料まで考える必要も生じます。この上に、タクシーで行く場合、徒歩で行く場合、地下鉄で行く場合などの得失を考え、自転車と比較することになります。

現実買い物に行く際に、こんな細かいことまで考える人はあまりいないでしょうが、医療経済の分析ではここまで考慮に入れることが少なくありません。さらに、金銭に換算するのが難しい因子も数多く存在します。例えば、うつ病などのメンタル不調によって休職した場合、同僚にかかる負担がどれくらいの金額に相当するか、はその例です。このように、費用とその効果の分析は決して容易に行えるものではありません。このため、特に、メンタルヘルスに関する費用と効果については、これまでほとんど研究がなされてきませんでした。

以前、従業員がうつ病などのメンタル不調に陥った場合、企業の経済的負担がいかほどになるかを計算しました(西・三宅、北方産業衛生 2009;47:1-4)。この場合もいくつかの仮定(例えば、復職後の本人の能率を病前の 80%とする)を置きましたが、仮定した数字を常識的な範囲で変化させる「感度分析」という手法を使って、結果が大きくはずれることのないようにしています。この論文の結論は、メンタル不調に陥った従業員は、解雇せずに休職させ、復職させた方が、教育に要する費用や同僚などへの負担を考慮すると、企業にとって安上がりである、というものでした。

今回の調査においても、道内の 7 つの健康保険組合の資料に基づいて、うつ病の治療に対して、諸条件の元で、いかほどの医療費が費消されるかを推定しました。結局、20 歳か

ら 59 歳の男性がうつ病となった場合、それに対する医療費だけで、1 年間に平均して基本給の 2 倍から 3 倍、額にして約 100 万円を企業が負担することになると推定されました。これに医療費以外の費用が加わることから、数人の働き盛りの男性従業員がうつ病に陥ると、企業としては、たちまち 1 千万円単位の負担を強いられることとなります。

予防医学では、予防を原則として「1 次予防」「2 次予防」「3 次予防」の 3 つに分けます。簡単に言うと、「1 次予防」は「病気にならないようにしよう」ということで、例えば禁煙や予防接種がこれに相当します。「2 次予防」は「病気の早期発見・早期治療」のことで、集団検診がこれに相当します。「3 次予防」は「疾患にかかった後、なるべく早く社会復帰させよう」、ということ、リハビリテーションがこれに相当します。うつ病になってから治療することにかかるお金を、1 次予防のうちの有効な対策に回すことができれば、結局のところ企業にとっても経済的に負担が軽くなると考えられます。企業におけるメンタルヘルス対策は、メンタル不調の従業員が出て初めて取られる場合が多いことも、前回の調査で判明しています(三宅、他、産業医のメンタルヘルスとの関わりを中心とした調査研究。北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形産業保健推進センター、2007)。将来的に利用される機会が訪れるのか、役に立つ場面があるのかわからないような対策を、企業が取りたがらないのは、特にバブル崩壊以後、財政的に余裕のない企業が多くなってきた今日では当然のこととも考えられるのですが、「転ばぬ先の杖」が経済的にも有利であると考えられることから、なんとか 1 次予防に力を入れて欲しいものです。(西)

## 過労死・過労自殺裁判例

過労による自殺として、その後のメンタルヘルス対策に影響を与えた有名な電通事件というのがあります。亡くなったA（24歳、広告代理店に入社2年目の社員）が平成3年8月27日に自殺しました。両親が会社に対して損害賠償を請求しました。東京地裁の判決（平成8年3月28日）では、会社側の責任を認め、1億2,000万円余の支払いを命じました。会社側が控訴して、東京高裁（平成9年9月26日判決）では、社会通念上許容される範囲をはるかに超える長時間労働（死亡直前の7,8月は休日を含め4日に1回は午前6時半に至るまで残業）とうつ病との間、うつ病とAの自殺との間にいずれも相当因果関係があると認められ、Aの上司らが、Aの長時間労働及び健康状態の悪化を知らながら、労働時間を軽減させる措置をとらなかったことにつき、会社に安全配慮義務不履行の過失があり、賠償責任（約9,000万円、本人の性格等過失相殺で3割減額）があるとしました。

これに対し双方が上告します。最高裁二小（平成12年3月24日判決）では、減額を破棄、差し戻しました。結局、民事で和解し、会社側が1億6,800万円を支払うこととなります。

その後も、協成建設工業事件（札幌地裁、平成10年7月16日判決）、オタフクソース事件（広島地裁、平成12年5月18日判決）、東加古川幼稚園事件（最高裁三小、平成12年6月27日決定）、川崎市水道局（いじめ自殺）事件（横浜地裁、川崎支部、平成14年6月27日判決）、三洋電機サービス事件（東京高裁、平成14年7月23日判決）などがあります。判断が難しいのは、過労、強烈なストレス等による精神障害の発病が、業務上の過重な負担によるものか、それとも発病したものの性格等の本人側の素因によるものか、簡単ではありません。行政側では、その認定のための基準として「心理的負荷による精神障害の認定基準（平成23年12月26日、基発1226第1号）」を提示しています。（三宅）

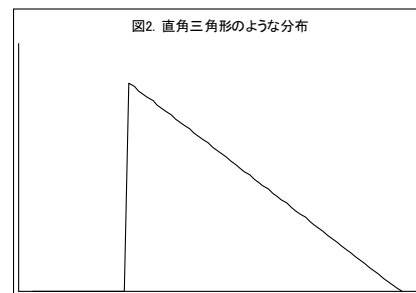
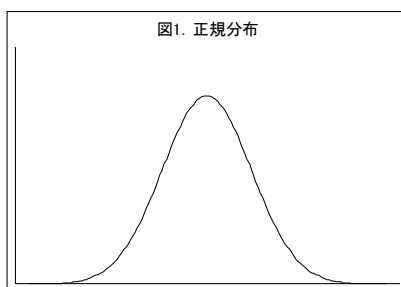
参考文献 1) .西村健一郎：最高裁判例からみた労災事件、（産業総合研究所編、新訂 労災・通勤・メンタルヘルス ハンドブック、経営書院、2005年）

2) 産業保健21、第69号（2012年7月）、特集

## 4 企業のためのメンタルヘルス

### 働かないアリ

筆者はある大学で教員をしており、2年生相手に教えている「公衆衛生学」の試験もしなければなりません。試験の成績は、100点満点で毎回ほとんど平均が70点程度、標準偏差（資料のバラツキを示す指標で、これが大きいほどバラツキが大きい）が10点程度で、点数の分布をグラフにすると、ほぼ左右対称となります。つまり、この分布は統計学でいうところの「正規分布」となっています（図1）。



さて、ここで1つの疑問が湧きます。大学に入学してくる学生は、一定以上の学力を持った者なので、低学力の者は切り落とされているわけだから、試験をしたらほぼ全員が一定以上の成績を取めるのではないか、つまり成績の分布は、直角三角形のように（図2）なるのではないかと。ところが、現在の大学に来て10年経ち、相手の学生はいつも120人程度で、統計学的な検討をするためにはほぼ十分な数ですし、問題のレベルは毎年ほぼ一定で、毎回4択問題を50問出していますが、成績は毎回常に正規分布をするのです。

以前、筆者が大学に入学して、1学期からドイツ語の授業が始まりましたが、授業開始後1か月ほど経って行われた試験では、ほぼ全員が90点以上でした。ところが、2回、3回と試験が重なってくるにつれ、点数のバラツキが大きくなってきて、既に2学期には正規分布に近くなっていました。筆者は全員の点数を見たわけではありませんが、周囲の学生の点数や不合格者の人数の推移から判断すると、次第に正規分布に近づいたと考えざるを得ません。このことも合わせて考えると、入学後、学生の成績の分布は、だんだん正規分布に近づき、2年生にもなると、完全に正規分布になるのでしょうか。

最近、「働かないアリに意義がある」（長谷川英祐著、メディアファクトリー新書、2010年）という本が出版され、話題を呼んでいます。それによれば、アリの集団を観察すると、常時働いているのは約3割で、約2割のアリはほぼ一生、全く働かないのだそうです。仕事をするかしないかは、個体の反応性にもよるらしく（つまり、一定の刺激に対して、反応しやすいアリは働き、反応しにくいアリは働かない）、すべてのアリが同一の反応・同一の働き方をするのではないのだそうです。これは、同一性を持つ集団よりも多様性を持つ集団の方が、生き残る確率が高まるためらしいです。同一性の強い集団であれば、集団と

して同じ反応をすることになり、全員が同じ時期に疲れてしまいますし、場合によっては全員が死んでしまうこともあり得るわけです。

人間の場合でも、同じ原理が働くのでしょうか？アリの場合は、厳しい自然界の生存競争と淘汰の圧力を経て、このようなシステムを持った集団が生き残ったのでしょうか、現在、先進国と呼ばれる国では、普通の人間の集団であれば、明日の命も知れぬほどの厳しい生存競争はありません。ましてや学生の集団でそのようなことはありませんし、そもそも「学生が集団として生き残る」というのもナンセンスです。集団が形成されると、なぜ成績が正規分布に近づくのかの明確な理由はわかりませんが、アリと同様、進化の過程で人類が獲得した知恵が無意識のうちに出てきた結果、よく勉強する学生と、そうでない学生とに次第に別れていったためなのかも知れません。これは、太古の昔、ヒトがまだサルに近かったころ、多様性を持った集団が生き残った結果（例えば、普段は余り働かず余力を保っていたヒトが、緊急時に力を発揮して集団を守ったなど）、現代の人類の遺伝子にもその行動パターンが組み込まれているためなのかも知れません。

組織にも、ある程度の「無駄」「遊び」が必要のようです。普段、組織の全員が、全く無駄のない状態で仕事をしていると、通常業務に関する限り効率は良いのですが、「想定外」の事態が起こった場合、対応が困難になります。同一性の強い組織においては、そのような事態に全員が同じ対処をして、かつそれが間違った方向だった場合、組織が潰れる恐れすらあります。単に仕事をさぼっているだけの社員が大勢いるという状況は考えものですが、いろいろな意味で多様性を持たせることが、組織の持続・生き残りという点では重要であると考えられます。これは個人に対しても当てはまることで、今回の我々の調査の結果によれば、仕事と仕事以外の生活を両立させている人、つまり「ワークライフバランス」が良好な人ほど、精神的健康度は高かったのです。仕事を含む生活全般を多様化させること、つまり仕事のことばかり考えないで、ある程度の「無駄」「遊び」を取り入れて、家庭を大切に、スポーツをはじめとする趣味を持つことが、その人の特に精神的健康の維持と増進に繋がります。（西）

## 職場復帰支援について

今まで当然の如く備わっていたはずの健康に大きな問題が生じると、そのことを自分で理解し受け入れ、受診や治療、療養といった適切な対処行動をしていくまでには、かなりの葛藤を伴う場合が少なくありません。病状について、そんなはずはないと否定してみたり、他者や世間、運命を恨んでみたり、弱ってしまっている自分がダメだと自分を責めてしまったりしている方を多く見受けます。メンタルヘルスの病気は、喜怒哀楽を感じ、意思と行動を司り、生き生きとした自分らしさを保っている脳という臓器の変調であるが故に、症状自体が極めて苦しいものです。例えば、うつ病で苦しむ方々の多くが、絶望的な気持ちになり、死んでしまいたい、消えてしまいたいなどと強いマイナス感情に支配され、実際に自死を試みる方、亡くられる方が後を絶たないということからも、その苦悩は想像に難くないはずです。それら症状自体による苦しみ以外に、病気後の対人関係の悩み、仕事を休まざるを得ない状態になった方では、休んでいることに対する罪悪感、自信喪失、今後の不安など様々な悩みを同時に抱えていらっしゃる場合があります。それらの苦悩を理解、共感したいと願い、支援者が実際に当事者と関わっていくことが、以下に述べる職場復帰支援全般において、最も重要なことの1つと考えます。

本人にとって良好な療養が十分期間できて、薬の効果も出てメンタルヘルス関連疾患が改善・安定してきたら、次に待っているのが職場復帰支援。現場からは、折角症状が改善して職場復帰をしてもすぐに病状が再度悪化して長期療養に入ってしまった、明らかに改善していないようにみえるのに復帰してきたようだ、どのように接したら良いのかわからない、勤務に関してどういった配慮が必要なのかわからない、などの声が聞こえてきます。

まず、ベースとなる考え方として、厚生労働省から出されている「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を参考になさってください。また同省からは、「労働者の心の健康の保持増進のための指針（通称・メンタルヘルス指針）」という職場でメンタルヘルス対策を行う上で大切な事項が打ち出されています。これから組織の復職支援の仕組みを整える場合は、この2つに示されていることを基本とし、組織の実情に合わせて作成していくことをお勧めいたします。

職場復帰支援は文字通り、当該者が復帰する時に初めて支援が行われると考える方もいるようです。しかし、それでは適切とは言えません。忘れないでおきたいことは、復帰支援は、休む前から始まっている、ということです。

まず、職場長は日頃から部下の健康状態に対して、配慮が必要です（安全配慮義務の項を参照）。そのためには、仕事上、職場運営上の良好なコミュニケーションを心がけ、ハード面、ソフト面の両面にわたる快適な職場環境づくりを推進します。その中で、健康状態が思わしくない部下がいれば、適切に声かけをし、産業保健スタッフ、家族、医療へのつなぎを行います。個人や組織がいかにか病気の予防対策、心の健康増進を図っていても、残

念ながら病気が完全に無くなることはありません。病気になってしまった時に、いかに速やかに適切な医療を受けることができるかは、予後の良し悪しにも関係します。日頃から本人と接し、その健康状態の変化を感じ取ることができる環境にある職場においては、是非、医療等へのつなぎ役を担って欲しいものです。

専門医療機関を受診した後は、その方の病状や周辺環境に応じて、治療方針が決まっていきます。どのような薬を用いるか、認知療法などの精神・心理療法を行うのか、外来治療と入院治療のどちらが良いのか、仕事は一定期間休んだほうが良いのかなどを決定していきます。

その中で、主治医から休養が必要との診断書が提出されてからは、通常は職場長が本人（場合によってはその家族）と相談し、休息中の連絡方法、連絡頻度などについて取り決めをしておきます。通常は、1～2週間に1度、職場長へ電話などで話をさせていただくこととなります。本人からは、病状に加えて、仕事や職場に関しての不安や悩みを、職場長からは本人の焦りや苦悩を緩和していただくような声かけをしていただきます。病気の原因やその時の病状によっては、本人と職場が連絡を取らないほうが良い場合、職場長以外の上司との連絡調整が望ましい場合などがありますので、その点、主治医とも相談しておかれると良いでしょう。さらに、人事労務担当者または職場長から、改めて労務管理制度の説明をし、組織の制度面に関して不安のない状態で休養していただけるよう配慮しましょう。

本人との話で、職場復帰が近づいてきた際には、本人の同意を得て主治医との接見をして、本人が主に行っている業務や職場復帰支援制度などについて主治医へ説明をすることや、主治医から職場復帰に当たっての意見を頂戴することも検討します。主治医はあくまで本人の病状について医学的な判断を行って治療をするのは当然ですが、職場復帰にあたって本人の実際の業務や職場の事情等がある程度理解しておいた方が、復帰の判断や必要な配慮についての助言を適切に行いやすくなります。そこで、前述した主治医への情報提供が重要ということになります。また、事業場に産業医が選任されている場合は、産業医と本人が面談して、その時点での健康状態で職場復帰、通常勤務が可能な状態であるか否かの判定をしてもらうことや、必要に応じて主治医への問い合わせを産業医からしてもらうことも検討しましょう。こうして、主治医や産業医による職場復帰に関わる判定、必要な配慮についての助言を元に、組織が可能な配慮を適切に実行していくこととなります。

新たな仕事・職場環境の中へ復帰することは、それ自体大きな負担となり病状に影響を与え得るとの観点から、職場復帰の原則は、現職復帰です。とはいえ、病気の原因や悪化要因がその仕事や職場にあり、それが無視できない程度であり、かつ、改善困難である場合などは、本人のみならず主治医意見、産業医意見を参考にした上で、職場配置転換も考慮します。

支援者として主に関わる者には、主治医、家族のほか、職場長、産業医や産業看護職といった産業保健スタッフ、人事労務担当者がいます。支援関係者がその都度意見交換しな

がら、当事者の支援にあたることが重要となります。また、ある程度のマニュアル化が進んだとしても、病気の種類、発病の背景、当事者のプライベートの支援環境、人生観などは千差万別。国の指針、組織の制度に則った上で、柔軟に対応していくことが求められるでしょう。

加えて、復帰する職場全体で支援するという考え方も重要。段階的な出社、残業、夜勤、出張などの制限措置を講ずる場合は特に、その基本的計画は職場である程度共有し、皆が理解した上で、暖かく本人を迎え支えることを心がけます。また当事者は、症状自体による苦しみ以外に、長期間休務したことによる自己評価の減退や周囲への罪悪感が強くなることもありますし、再発の恐怖なども抱えることとなります。100%回復して完治した状態で復帰する方は少ないこと、多くの場合長期間の通院、服薬が必要になること、なども知っておきたいことです。健康を害するという苦悩、長期に休養したことの葛藤、復帰する際の不安、それらについて、支える支援者は想像、理解したうえで、実際に本人とコミュニケーションをとって関わり、皆でお互いを見守っていく土壌・文化を醸成しましょう。

職場復帰支援について考え、実行することは、必ずや快適な職場環境づくりにも繋がります。気持ち良く働くことができ、皆が生き生きと働くことができる職場は、業績も伸びるなど、好循環が期待できます。是非積極的に支援していく姿勢を持っておきたいものです。なお、職場復帰支援対策は公衆衛生の3次予防に分類されます。病気になってしまったからの対策は前述したとおり、当該労働者にとってはもちろん、職場、会社にとっても極めて重要です。しかし、これらの対策は、1次予防、2次予防対策を同時に推進していかねば、より有意義な活動となります。本調査の事業場調査では、複数のメンタルヘルス対策を同時に実践することが、休職者減少に寄与していたと考えられる結果が出ています。是非皆さんの職場で、単一ではなくいくつものメンタルヘルス対策を実践し、3つの予防が効果的、継続的に推進されるようご試行ください。(小林)



## 産業保健スタッフに求められる若年性認知症対応

わが国の高齢化に伴い認知症対策がますます重要になっていますが、従来の対策は65歳以上の高齢者を主な対象としていました。しかし、65歳未満発症の若年性認知症も産業現場では無視できないものになっています。2009年(平成21年)3月に厚生労働省は若年性認知症も障害者雇用促進の対象障害に含まれることを通知しています。産業保健における若年性認知症については以下の3つが重要です。第1には、認知症リスクファクターの健康管理です。最近、従来からの血管性認知症に加えてアルツハイマー型認知症においても、いわゆる生活習慣病(高血圧、糖尿病、高脂血症など)が発症および進行を促進することがわかってきました。中長期的に職場での健康管理により、認知症の予防に貢献できる可能性があることとなります。また、運動習慣の維持も認知症には予防的に働くことがわかってきており、トータルな健康管理が求められています。第2には、認知症が見逃され、他の病気と誤診される点です。特に自殺対策が叫ばれ、職場のメンタルヘルスにおいてうつ病が重要視されているため、うつ病の過剰診断の結果として、認知症の可能性が見逃されることがあります。記憶障害がうつ病の集中力低下に、遂行機能障害が決断力低下と誤診される例も報告されています。第3には、認知症の症状が単なる非行行為とみなされて、不利益処分を受けることがある点です。職場での非行行為の原因が後に前頭側頭型認知症であったと判明したという場合も例外的とは言えません。特に中高年以降に出現したセクハラや窃盗などの犯罪行為については、元来の人格などを考慮して前頭側頭型認知症の可能性を考える必要があります。診断がつかないまま退職を事実上強要され年金面で不利に扱われるケースや犯罪として懲戒解雇となったケースもあります。認知症は疑わなければ診断に結びつきません。障害年金などの金銭面での対応も忘れてはならない重要な点です。

昨年、認知症の新たな治療薬が3種類発売され、薬物治療の幅が広がりました。しかし、効果はまだ限定的であり、薬物治療を受けながらいつまで勤務できるかは人によって異なります。ただ、子どもがまだ就学中であるなどで経済的支援が必要であり、本人はもとより、配偶者、子どもの精神的打撃も大きいためサポートが必要です。雇用を継続したときは、事業主に対して法定雇用率を上回った場合には障害者雇用調整金が支給されますし、通院医療費の公費負担制度や自治体によっては交通費の負担などの助成制度もあります。

若年性認知症の対策は国もケアモデル事業などを立ち上げ、やっとな目を向け始めています。定年延長なども動きもあることから産業保健においても重要な問題として対応が求められています。(中野)

## 明るく見える企業は働く意欲が高い

今回の調査で、事業場の 103 所から従業員調査に協力してもらいました。その事業場調査の回答担当者に事業場の仕事について個人的意見を 23 項目ききました。従業員調査（約 8,200 人）のほうからは、各人から仕事についての意見を 21 項目、その他 100 項目以上の質問に回答してもらいました。従業員の回答については、103 の事業場ごとに平均値を出しました。

この事業場側の意見（個人）と従業員側の意見（平均値）の間にどのような関係がみられるか調べました。関係があると判断された中でもっとも多い項目は、事業場側の項目では「当企業の将来は明るい」で、従業員側の項目では「現在勤めている企業の将来は明るい」でした。事業場側の選択肢の 4 択を 2 択ずつ半分にして「明るい」と「明るくない」として集計しました。事業場側が「明るい」と答えたのが 45%、「明るくない」が 55%と約半々でした。従業員側も半々です。事業場側が「明るい」といった職場の約 8 割が従業員側も「明るい」と答えています。

この事業場側の「明るい」と次に関係のあった従業員側の項目は、順に「努力に見合った評価を受けている」、「仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている」、「職場の人間関係は全体的に見てよいほうだ」、「困ったときには上司がしっかり助けてくれる」でした。

この「明るい」と関係が見られなかったのは、「うつ症状」、仕事の量や質の負担、仕事の裁量度、家庭友人満足度、生活習慣などでした。

なお、事業場側の「明るい」と「明るくない」の違いが従業員数規模、業種、主な職種などとは関係ありませんでしたが、休職職員数、メンタルヘルス対策実施数とは関係していました。つまり、「明るい」職場は人間関係にふだんから気を配っていることは明らかです。「当企業の業況（業績）は良好である」とも関係がありましたが、明るいから業況がよくなったのか、業況がよいので明るくなっているのか、おそらく企業の将来の明るさと業況とは、お互いに関係し合っているのでしょう。成果主義を批判した高橋伸夫教授の調査でも、会社の将来に見通しが立っているかどうか、職務への満足度と強く関係し、転職意欲を減じるとしています。（三宅）

文献 高橋伸夫：虚妄の成果主義、日経 BP 出版

## 第1章 労働形態の変化とメンタルヘルス

### 1 身体労働から精神労働への変化はメンタルヘルスに影響を与えたか

#### 精神労働がうつ症状を増やすとは限らない

「うつ症状」をもつ人が増えたというけれど、それは身体労働から精神労働へと変わって来たからではないかと思うでしょう。ところが今回の調査では、身体労働と精神労働についての質問、「どちらかというところを動かす仕事である」に対して表1のように「うつ症状」の物差しである CES-D の平均値はほとんど変わらないのです（厳密に統計学的に調べると、わずかですが身体労働の程度が大きいほうが CES-D の平均値が高いのですが、1点以下の差ですから無視しましょう）。

表1 身体労働の程度別人数割合と「うつ症状」平均値（総数 8246 人）

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
人数割合 (%)	26.1	23.8	20.9	28.7
CES-D 平均値	16.6	16.9	16.0	16.2

注：人数割合の合計は無記入者が 0.5%いるため 100%にならない。

表2 医療福祉の専門職の場合（人数 821 人）

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
人数割合 (%)	49.9	28.0	14.1	7.6
CES-D 平均値	18.3	16.9	15.3	15.1

注：無記入者が 0.4%いる。

表1は総数の場合ですが、職種で相違がみられます。医療福祉業の従業員が 1304 人いますが、そのうちの専門職 821 人について調べたら表2のようになりました。医療福祉の専門職の人たちは自分の仕事が身体労働であると思っているものが多く、身体労働の程度が大きいほど「うつ症状」の平均値が高いのです。医療福祉の仕事というのは、精神的に緊張させられ、しかも身体もおおいに使うということで、単純に精神労働とはいえないし、といって身体労働ともいえないのかもしれませんが。ただ約半数の人が自分自身は身体労働者だと思っているようです。なお、医療業と福祉業の従業員の間には差がほとんどありません。（三宅）

## 2 労働負担と裁量度, そして人間関係

### 2.1 労働負担

#### 燃え尽き症候群

看護や介護などの対人サービスで一所懸命働いている人が、疲れ果て健康を害してしまう現象を「燃え尽き症候群」と呼んでいます。1960年代ころから注目され、フロイドバーグラが「自分が最善と確信してきた方法で打ち込んできた仕事、生き方、対人関係などが、全く期待外れに終わることにより、もたらされる疲弊あるいは欲求不満の状態」と定義しています。マズラックやパインズにより質問紙も提案され利用されています。(三宅)

文献 土居建郎(監修): 燃え尽き症候群 — 医師・看護婦・教師のメンタルヘルス, 金剛出版, 1988年.

## 2.2 仕事裁量度

### 仕事要求量と裁量度

仕事量が非常に多いと健康に影響が出ます。しかし、逆に少な過ぎる仕事もやりがいが出ません。仕事量が多くても仕事のやり方や方針を任されている（裁量度がある）とやりがいがあります（積極的仕事）。一番問題なのは、仕事量が多くて裁量度も低い場合です（高緊張的仕事）。カラセクは、この仕事要求量と裁量度を組み合わせて、仕事を4つに分類しました。

今回の調査で、仕事量と裁量度の尺度を作成し、その高低の組み合わせとCES-Dの関係調べました。表にCES-Dの平均点数を示しました。問題の多い高緊張の仕事でCES-Dが最大の19.9点となっています。少ない仕事量で方針を任されているような低緊張の仕事が12.3点と最小の値です。消極的仕事（例えば、電話番だけをしているようなやりがいのない仕事）は、16.6点と決して低くはありません。仕事量が多くても裁量度があるという積極的仕事は、15.4点と中間の値ですが、燃え尽き症候群に陥る危険性を考えておく必要があります。

仕事のやる気を示す仕事志気度も参考に示しました。低緊張の仕事が最も高く、高緊張の仕事が最も低くなっています。気持ち良く働いて

もらうために、いかに仕事の裁量度、即ち方針を理解し、意見が言える仕組みを作ることが大事であるかがわかります。（三宅）

		低い 仕事要求量	高い 仕事要求量
低い 裁量度	CES-D	消極的仕事 16.6	高緊張の仕事 19.9
	志気度	5.28	4.82
	人数	2,250	2,179
高い 裁量度	CES-D	低緊張の仕事 12.3	積極的仕事 15.4
	志気度	6.94	6.76
	人数	1,452	2,139

文献 カラセク,R. : 要求-制御モデル --- ストレスリスクに対する社会的、情動的、生理的アプローチと積極的な行動開発. ILO 産業安全保健エンサイクロペディア 第4版 II. p 34-6~34-15. 労働科学研究所. 2002年. (労働科学研究所監訳)

## 2.3 人間関係

### 人間関係の悩み

職場や家庭の様々な人間関係で悩む人は多い。勢い、カウンセリングでは人間関係の相談を扱うことが多いことになる。人は群れで生活する習性があるので、良きに付け悪しきに付け社会の影響を受ける。その中で、我を忘れずに目標に向かって着実に歩を進めることができたかと考えてみても、難敵は人間関係と自らの動機付けの強さだろう。

人間関係のポイントは自己表現力にあると思われる。コミュニケーション能力と言っても良い。自分を言葉で表現し、相手に伝え、相手の言い分もまた受け入れ、行動へとつなげていく能力である。この能力を成熟の証として上げる人もいるので、人間関係の悩みは自分自身の成熟性の問題と考えることもできるかも知れない。人間関係をうまく営むことができないという人は幾つかのタイプに別れるように思う。一つ目は、自分が話をすると「なんだこの程度のヤツか」と思われるのではないかと心配になり、表現できないという人である。自分の考えが相手に伝わるとお里が知れるとってしまうのである。警戒しすぎて心を開くことができない人も同様である。結果として、上滑りな会話にはついて行けても、会議の場で自分の考えを言うのは控えてしまうのだが、このレベルでは何とか社会適応はできている。問題は、深い信頼関係が作れないことにある。人との関係性の中で焦りが生じると、情報を得ようとするようになる。情報を得て、乗り遅れないようにしようとするのである。自分のことを開示せずに他人の情報には耳をそばだてるわけだから、詮索癖とられてしまうことになる。この詮索は、自分のことを周囲はどのように見ているかがドライブになっていることが多く、人間関係の過敏さの反映でもある。恋愛関係になると、もっと困ることが出てくる。自己開示、他者理解（対異性）、パートナーとの関係の構築、などの応用問題を解かねばならない。二つ目には、自分が意見を言うと周囲の雰囲気が変わると考えて黙ってしまうタイプである。極端な例として、統合失調症の患者では「自分は神である。だから、私の一言は世界を変えてしまうのだ。」と信じて、しゃべるのをためらう人がいる。誇大妄想である。正常人ではここまでではないにせよ、自意識過剰ということになるだろうか。多くは、本人は偉そうに思っているわけではない。発言によって話の方向が変わったり、時には妨害したりするのが嫌なだけである。コミュニケーションでは相手の考えや、行動を変えることが一つの目標になるのだが、自分の考えによって何かが変わるのが嫌だというわけである。指をくわえながら聞き役に徹することになるが不満は募る。

最近、若者たちの人間関係は浅い関係を良しとする傾向が強いと言われて久しい。情報の伝達は頻繁に行うほど、推測や推理は必要ではなくなってしまう。いつも四択か五択の世界に生きていてどこかに正解があるので、検索能力さえあれば事足りてしまうのである。

何をしたいのか？ どう思うのか？ が分からないままに、立派にことが進むという便利で不思議な社会に生きているのである。つまり、浅い関係でも世渡りはできるということになってる。しかし、深い関係が必要ではないわけではない。恋愛や結婚生活、子育てなどがそうである。この2つの関係を自由自在に使い分けてこそ一人前になると言えそうである。一番目の例では、自分の力を体当たりの試すはずの思春期の問題がありそうである。(豊島)

## A 型性格と C 型性格

血液型によって性格を分類して、「あの人は AB 型だから〇〇のような性格だ」などと言うことはよく耳にします。ところが、血液型と性格には何の関係もなく、このような分類には何の根拠もないことが、科学的な研究によって判明しています。

本稿で話題にしている「A 型性格」とは、血液型とはやはり何の関係もない性格の分類です。A というのは、Active（活動的な）、Angry（怒りっぽい）、Ambitious（野心的な）、Aggressive（攻撃的な）の頭文字です。1950 年代、米国のフリードマンとローゼンマンが、心筋梗塞や狭心症などの虚血性心疾患の患者に対してアンケート調査を実施して、彼らの中にこのような性格を持つ者が多いことに気づき、これを「A 型行動パターン」「A 型性格」と呼んだのでした。「A 型性格」の人は、いわば「俺が俺が」の出たがり屋、目立ちたがり屋です。同時に、手段を選ばず他人を押しつけ、蹴落として出世しようとする強い意志の持ち主で、大きな会社や事業を一代で興したような人々の中にしばしば見られます。時間を常に気にし、また敵対心を露わにして競争するのが特徴で、このような状態、つまり交感神経の興奮とアドレナリンの過剰分泌の状態が長く続く結果、心臓に負担がかかって、心筋梗塞や狭心症などの虚血性心疾患を引き起こすと考えられています。

これとは反対に、ゆったりとした価値観を持ち、協調的で従順な性格を「B 型性格」と呼びます。また、その後、「C 型性格」も提唱されるようになりました。「C 型性格」は「B 型性格」と似ていますが、他人を優先するなど自己犠牲的で、ネガティブな感情、例えば、怒りや悲しみなどの表出を抑制するという点が「B 型性格」と異なります。つまり、「B 型性格」は、怒りや悲しみ、不平不満などを発散することができるのに対し、「C 型性格」は不平を漏らさずひたすら耐え続け、我慢に我慢を重ねて生きているのが特徴です。周囲からは、控えめで、穏やかな「良い人」と見られていることが多いのですが、本人の心の内はかなりしんどいものです。そして、この「C 型性格」の人は、癌になりやすいこともわかってきました。実は、我々の体内では癌細胞は常に発生しています。ところが、通常の免疫力を持つ人では、免疫を担当する細胞（白血球の仲間です）が、発生したばかりの癌細胞を発見しては叩き潰しているため、癌にならずに済んでいるのです。精神神経免疫学の研究によれば、不平不満やネガティブな感情を自己のうちに抑圧してしまう心理作用が、脳の一部である視床下部（生理機能を司る部位）などを通じて、癌に対する免疫力を弱めるとされています。

「A 型性格」の人物は、疲れを知らず、一途に仕事に邁進するという意味では社会にとって有用な人物ではあります。また、仕事ができると評価される場合が多いことから、出世には有利な性格です（実は能力はないのに、できるように見えるため過大評価されているだけの人物も多いのですが）。これに対し、「C 型性格」は自己主張をしないため、また目立つのを好まないため、せっかく優れた能力を持ちながら過小評価され、昇進が遅くなる場



合もみられます。つまり、現実の世界では「A型性格」の上司と「C型性格」の部下という組合せは、出現しやすいものと考えられます。「A型性格」の上司は、自分を中心に世界が回っていると勘違いしているものですから、例えば自分の描いたストーリーからわずかでも外れた部下の行動、あるいは些細なミス・手際の悪さを、同僚たちの前で容赦なく罵倒したりするなどということが起こってきます。「C型性格」の部下にとってこれほど迷惑・厄介な人物もいないでしょう。ところが、部下は、その性格から、これに抗議・反撃することもなく、黙って耐えることになってしまいます。

今回の我々の調査では、「黙って耐える」人のうつ状態の程度は重いという傾向が見られたことから、ストレスの解消法としてはあまり良い方法とは言えないようです。自分の性格が何型であるかは、ネットなどに掲載されている心理テストで、かなりの程度わかります（このような心理テストは必ずしも完全なものではなく、そのため批判的な意見もありますが）。自らの性格を把握して、例えば「C型性格」であるなら、もっと自己主張をすること、あるいは感情を発散させることなどによって（これには「話す」ことが大事です）、ストレスを解消すると同時に、ある程度までは癌を予防することができると考えられます。

（西）

## 天才と「狂気」

天才という言葉に明確な定義はありません。広い意味では、平均的な人々より相当に優れている人を指しますが、学校のペーパーテストの成績が良いだけの人や、単に要領が良いために業績を挙げただけの人を指すことすらあります。このため、自分で自分のことを天才だと思っている人も、そこここに存在します。筆者の顔見知りにもいます。後述しますが、往々にして困った存在です。

狭い意味では、尋常の人々(学校の成績が良いだけの人も当然含まれる)には到底真似のできない、あるいは訓練によっては達成できないパフォーマンスが可能である人を指します。音楽・美術などの芸術、記憶(特に数字に関する)、囲碁・将棋・チェスなどの分野では、天才と呼ばれる人々の存在が知られています。このような天才は、しかし、ときとして相当に偏った性格の持ち主で、極端な場合には精神病だったり、自閉症などの発達障害であったりします。特に、数字に関する異常な興味・記憶の持ち主(例えば10桁の素数をすぐに探し出せる)や、任意の日の曜日を即座に答えられる人、ある音楽を1度聞いただけでその旋律をすべて正確に記憶してしまう人、1度見ただけの景色を細部まで完全に絵に描ける人などの、少なくとも一部は、現在の精神医学的診断を受けた場合には、自閉症などの発達障害とされるのだそうです。このような特別な才能と発達障害とが共存していることに対しては、医学的には依然説明がついていませんが、普通の人間が持っている「常識」が、このような特別な才能の発現を抑制しているのではないかと考えられています。

ノルウェーの画家のムンク(1863-1944)の作品である「叫び」は有名ですが、これは彼の幻聴の症状を描いたものとされています。オランダの画家ゴッホ(1853-1890)も、てんかん性の発作を繰り返したとされ(また一説には双極性障害つまり躁うつ病があったとされる)、精神科病院で療養生活を送っています。しかし、この2人は、精神的な病を持ちながら、最後まで高い芸術性を保った絵画を描き続けました。これに対し、フランスの女流画家であるセラフィヌ(1864-1942)は、天使から「絵を描きなさい」という言葉を聞いたのだそうで、統合失調症(精神分裂病)であったとされますが、人生の後半においては、人格の崩壊とともに創造性が失われていきました(最近、彼女の生涯を描いた映画「セラフィヌの庭」が作られた)。このように、精神医学的な問題を抱えた「天才」の辿る過程は様々ですが、一時的に、あるいは生涯を通じて、精神的な病が創造性を極度に高めたことは事実ではあります。

このような、常人の範囲をはるかに超えた人物はそうたくさんはいませんが、実社会で大きな事業を成し遂げた人物というのは相当な数いますし、かつこのような人たちにはどこかクセがあるものです。中には自分を天才だと信じている人もいます。ところが、その本質は、「A型性格」であったり、軽い「躁病・躁状態」であったりすることが多いようです。このような人々の「クセ」は、社会的許容範囲の中にあつて、精神医学的にみても、

治療を要するまでのものではないのが普通です。「A型性格」は血液型とは全く無関係で、「声が大きく、負けず嫌い、攻撃的、時間を常に気にする、怒りっぽい、野心家」タイプを指します。軽い「躁病・躁状態」は、常に気分が高揚していて（いわゆる「ルンルン気分」）、アイデアが次々と湧いてくる状態です。両者とも、活動的で、疲れを知らず、仕事に邁進するという点でよく似ています。同時に、社会的には有用な「クセ」ではあります。このため、社会的成功・出世に繋がることが多いのです。

ただ、職場・従業員の精神的健康を保つという点から見ると、実はこのような「クセ」には問題がないわけではありません。現代のわが国では、働く人たちの間でのうつ病が問題となっています。うつ病は、躁病とは対極の状態で、このような「クセ」を持つ人は、うつ病の苦しさがよくわからない場合があり、精神的な問題を抱えた部下に対して無理解な態度を取ってしまうこともあります。今回の我々の従業員に対する調査で判明したことです。 「上司関係満足度」は、従業員の「仕事志気度」や「仕事職場満足度」と深く関係していました。職場におけるメンタルヘルスには、ある程度、上司やトップの態度が関与していることは事実です。産業医など、関係する職種の方々は、このようなことまで念頭において、従業員のメンタルヘルスに対処することが、場合によっては必要かも知れません。(西)

### 3 仕事以外の要因, 仕事の意味

#### 3.1 ワーク・ライフ・バランス

#### 知能指数、すなわち IQ、EQ、そして SQ — 直線志向の誤り

フランスの心理学者・精神科医のビネーが 1905 年に知能テストを発明したときから知能にまつわる物語が始まります。ビネーが子どもたちの知能を調べるきっかけになったのは、学習不振児とはいっても 2 種類あり、怠けているとか、恵まれない環境で育ったとか、もともと知的能力がありながら学業が不振な子どもたちと、もともと知的能力が欠けていて学業が不振な子どもたちがいること、それで前者の場合は学業への動機づけや環境の改善で、後者の場合は特別な学級を設けて教育をすることができると考えたところにあります。この知能テストで測定された精神年齢を実際の年齢で割って 100 倍した指数が知能指数、略して IQ として広く使われるようになったのです（滝沢武久「知能指数」、中公新書）。

わが国でも戦時に B 式知能テストという時間制限付きの知的反応の速さを主としたテストの使用が流行しました。軍人には即断即決の知的能力が重要だったからでしょう。この知能テストが幼稚園を初め学校の選抜や就職の選別に使われるなどと、ビネーが最初に意図していたこととは違った方向に変わって行きました。

この知能テストにもいろいろな種類があります。記憶、計算、推理、空間認知、言語能力、言語の流暢さなど、それぞれ得意不得意があるはずですが、20 世紀の前半から、知能には一般的な知能があるのかないのか、特殊な知能が存在するとしたら、それはどのようなものか、知能と遺伝の関係、人種によって差があるのか、などと大議論がありました（アイゼンク「知能の構造と測定」、星和書店）。

そして最近、単に知能指数では測れない情動を重視した EQ（一般知能を提唱したスピアマンがすでに言語の流暢さと外向性性格が関連するといっていました）、さらに魂の知能 SQ（ヴィクトル・フランクルがナチの強制収容所の中でも生きる意味を見出していました）が登場してきました。コンピュータのような論理的 IQ、動物本能のような情動的 EQ、そして人間存在の意味を求める SQ と知能の物語は発展しています。

話は少し外れますが、国公立大学や一部の私立大学で共通一次試験を課すところが多いのですが、この制度が発足するとき芸術大学が反対の声を上げました。学力中心のテストでは芸術的能力は測れないというのです。

最近、よく話題になるアスペルガー症候群などのように周りの空気がまるで読めないけれど、常識では測れない能力を発揮する人たちが結構周りにいるようです。この人たちの能力を理解してどう生かすか、企業における人事管理能力のほうも問われていることとなります。いずれにしても、一つの直線的な物差しで人間の知的能力を測ろうとすることが問題でしょう。（三宅）

## 幸福とは何か ― ブータン国の国民総幸福度

ヒマラヤ山脈の東部に位置するブータン王国のワンチュク国王と王妃が 2011 年 11 月に国賓として来日されました。国王の衆議院本会議場での演説では、東日本大震災へのお見舞いの言葉や日本との友好関係についての熱い思いを語られ、多くの日本人に感激を与えて下さいました。1970 年代に先代のブータン国王が「重要なのは国民総生産 GNP ではなく、国民総幸福量 GNH である」と宣言して、この GNH が国の政策に生かされているといます。この指標では、9 つの分野があります。①精神の健康、②教育、③日常生活の時間配分、④生態系の多様性、⑤文化の活性、⑥コミュニティの活性、⑦健康、⑧よい統治、⑨経済的な生活水準だそうです。このブータンの人たちの幸福の源は「関係性」だといいます。関係性とは、人と人のつながり、人と自然のつながり、そして世代間のつながりであるとしています。(上田晶子. 関係性、充足、バランス：国民総幸福量の視点と実践. 科学. 2011;6 月号:540-545.)

このヒマラヤの小国ブータンの人たちの幸福を日本の労働者の幸福と比較してみましょう。今回の北日本での労働者を対象とした調査では 4 割を超える人たちが CES-D で調べた「うつ症状」の判定基準を上回っていました。それも、この 10 年くらいの間に「うつ症状」が急激に増加しているのです。経済的にはブータンよりずっと恵まれている日本のほうが、精神的には不幸な状況といえましょう。厚生労働省による労働者健康状況調査では、強いストレスや悩みを抱えている人たちが半数を超え、その原因の第 1 に人間関係を挙げています。今回の調査でも「うつ症状」と上司、同僚、家族らとの人間関係の満足度が強く関連していました。また、仕事内容での 21 項目ある質問のうち「うつ症状」との関連がもっとも大きかったのは「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」でした。ブータンの国民総幸福量で取り上げている関係性や日常生活の時間配分と共通性があります。

ただ、幸福を測る物差しには、いろいろ問題があるかと思います。法政大学のある研究室で発表した幸福度では、北海道は 47 都道府県中の 43 位ということでしたが、ブランド総合研究所の調査では、魅力度が最も高いのが北海道でした(北海道新聞、2012 年 1 月 4 日)。

労働者の幸福とは何かという問いに簡単な答えはないかもしれませんが、「幸福とは、すなわち経済水準が高いこと」という考えには疑問があるかと思います。(三宅)

## パート女性と正職員女性の違い

働く女性の立場については、種々の問題が指摘されています。その一つに、若い女性の出産と育児が職場での仕事と両立しにくい環境問題があります。法律では、男女雇用機会均等法や育児関連の諸規則が働く立場を守っているはずなのですが、現実には簡単ではないようです。今回の調査でも正職員に占める男性の割合が 85.6%であるのに、女性では 64.8%と低いのです。それに対し男性の 2.6%、女性の 18.3%が非正規のパート従業員として働いています。

この女性労働者の 2,061 人の正職員と 582 人のパート従業員を比較してみますと、現在のわが国の労働の実態が垣間見えてきます。正職員は、30 歳代以下が過半数で、パート従業員は 40 歳代以上が過半数です。正職員で働いていた若い人たちが退職して、しばらくして労働者として戻ってきますが、働く立場はパートということです。

人数(%)	20 歳代 以下	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	年齢無 記入	総計
正職員	27.1	28.6	24.0	19.3	0.8	0.2	100.0
パート従業員	13.4	21.1	30.2	27.3	7.9	0.0	100.0

正職員に比べ、パート従業員は製造業のような身体労働の職場が多く、自分の意見で仕事に関わるといった裁量度が低く、努力に見合う評価を受けていないという問題があります。その一方で、パート従業員は労働時間が短めで、残業が少なく、ワーク・ライフ・バランスが良好で、メンタルヘルスの上では必ずしも悪くはないのです。CES-D で測った「うつ症状」でも正職員の 17.5 点に対し、パート従業員は 16.1 点と低いのです（統計学的にも有意の差があります）。年齢別に見ても正職員のほうが高めです。ただ、30 歳代は同じ点数です。この年代は就職難で苦勞した世代であることを考えますと、能力があっても報われていないためと推測できます。

CES-D 平均	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代	総計
正職員	20.1	16.7	17.0	15.4	15.5	17.5
パート従業員	19.4	16.7	16.5	14.3	12.5	16.1

OECD のデータによりますと、育児施設、育児休業などの指標で測定した両立度指数では、統計の取れた 18 か国中でギリシャに次いで最低の数値でした。低い国々は、日本と南欧諸国で、女性に対する古い生活意識のせいといわれています。（三宅）

文献 山一男：ワークライフバランス。日本経済新聞出版社（2009 年）

## 3.2 役立つ仕事と自己実現

### コーチング

ビジネスの世界でコーチングという言葉が使われるようになってきました。ウィットモアというプロのレースドライバーが編み出した技法のようで、メンタルヘルス関係の技術の1つといえるでしょう。ウィットモアが参考にしたのは、ハーバードの教育者でテニスの専門家のガルウェイのようです。いずれもスポーツのコーチングが基になっています。

コーチングとは、人の潜在能力を解き放ち最高の成果を挙げさせること、教えるのではなく、自ら学ぶことを助けることと定義されています。そのための具体的技術（スキル）を身につけることですから、一朝一夕にできるものではありませんし、意識の変革を求められる場合もあるでしょう。事業主や管理職は、ともすれば自分の成功経験を部下に押しつけやすい立場にあり、しかも相談相手がいない孤立しやすい地位にいます。「相手のあるゲームで勝つためには、まず自分に勝たなければならない」というスポーツの極意をビジネスの世界に応用したものともいえましょう。（三宅）

文献 ジョン・ウィットモア：はじめのコーチング－本物の「やる気」を引き出すコミュニケーションスキル. ソフトバンクパブリッシング.2003年.

## メンター制度

メンターとは、本来、助言者とか指導教官という意味ですが、最近、女性管理職を育てるための仕組みとして、いくつもの企業が導入しているといえます。女性管理職や女性総合職が組織をマネジメントするに当たって、男性の立場との違いで悩む場合が多いと言われています。そのような場合に、助言や相談に乗りやすい制度を作ってあげようというわけです。直接の上司ではなく、人事評価に関係ない部外者がメンターとして、広い立場から適切な助言をしてあげるという仕組みです。(三宅)



## 自己実現

アメリカの心理学者マズローが、1960年代にそれまでの刺激反応説を中心とした心理学に疑問を持って、実存主義を参考にして being（人間存在）の心理学を立ち上げ、欲求段階説を提唱しました。人間の成長にともなって「生理的欲求」、「安全の欲求」、「所属（愛）の欲求」、「承認（尊重）の欲求」というように欠乏動機にもとづく基本的欲求から始まって、そのような環境依存や他人志向的な段階で満足せず、さらに一步進みたいという成長動機による欲求として自立的で内部志向的な「自己実現の欲求」があるとしました。これらの欲求の最終的な段階として自己実現をあげたのです。

自己実現を一言で表現することは難しいですが、成熟した人格で、平穩、親切、勇気、正直、愛情、無欲、善へと向かう力などを有することでしょうか。

このような考え方は、マズロー以前にも多くの賢人が違った言葉で表現していました。この説を人格者でありたいと願う経営者らが好んで取り上げるようになり有名になったともいわれています。古くは論語の「欲するところに従い矩（のり）を超えず」という達観の境地とも一致します。（三宅）

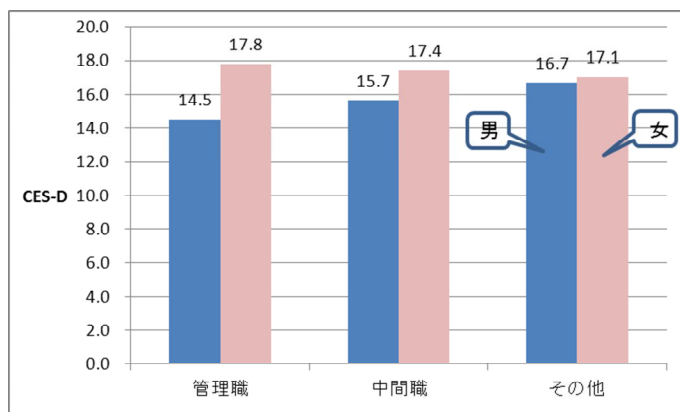
マズロー、AH.：完全なる人間． 誠信書房

#### 4 組織としてのメンタルヘルス

##### 管理職のメンタルヘルス — 男性と女性の差

今回の調査で「あなたの職場での位置づけについてお聞きします。指示を出したりする部下がいますか」と質問し、「いる」、「いない」、「管理職である」、「管理職ではない」という選択肢にチェックをしてもらいました。

本人の主観で答えていますから、いわゆる「名ばかり管理職」も含まれています。男性



の 1,079 人 (22.2%)、女性の 231 人 (7.4%) が管理職であると答えています。厚生労働省の調査と比べ、管理職の割合が多いようです。例えば、管理職と言いながら 3.6% の方は正職員ではありません。うつ症状 (CES-D で測定の平均値) では、男性で管理職 14.5 点、中間職 15.7 点、その他 16.7 点と職場での地位

が下がるほどうつ症状が強くなります。よく中間職が上からと下からと挟まれてストレスが多いといわれますが、現実には上の方ほど権限を発揮して、下の方に圧力を掛けているということでしょう。上の方は、パワーハラスメントで部下のメンタルヘルスを悪化させていないか気を付けましょう。

ところが女性では管理職 17.8 点、中間職 17.4 点、その他 17.1 点とほとんど差がありません。ただ、管理職・中間職の男女の間には差が見られ、女性のほうがうつ症状が強いという結果でした。女性による部下に対する指導や管理が男性と比べ苦勞が多いということでしょうか。

女性管理職と男性管理職を比べてみると、年齢では差がなく、学歴で女性では短大・専門学校が 61.5% と男性の 14.6% と大きな違いがあります。ただし、大卒は女性 8.7% に対し

学歴 (%)	中学・高校卒	短大・専門学校卒	大学卒
男性管理職	52.8	14.6	32.4
女性管理職	29.0	61.5	8.7

男性 32.4% でした。職種としては女性で専門職が 53.2% と多く、男性の 18.6% と大きな違いがあります。一方で、男性管理職に

職種 (%)	事務	専門	営業	技能	現業
男性管理職	33.5	18.6	21.5	13.1	11.1
女性管理職	21.2	53.2	7.4	8.2	8.7

比べ、仕事上は負担の大きい仕事が多く、ワークライフバランスが悪く、辞めたいと思っている方が少なくない一方で、やりがいを感じている方も多い、という状況です。

実力のある女性に働きやすい場を提供できる企業が増えて欲しいと思います。(三宅)

## 管理職とは

2008年、マクドナルドの店長が管理職か否かで争われた裁判で、会社側に残業代の支払いを命じる判決が出ました。この裁判で原告側が訴えたかったのは、残業で生命の危険を感じたところにあるのです。この裁判でいう管理職は世間一般でいわれている管理職ではなく、労働基準法でいう「管理監督者」のことなのです。「事業経営の管理的立場にある者又はこれと一体をなす者」という厳格な基準があるのです。店長のような経営者からの命令に従うだけの立場では「管理監督者」とはいえないのです。この頃から、名ばかり管理職という言葉が流行りました。(三宅)

溝口桂一郎：新しい労働社会、岩波新書、2009年

## アサーション---さわやかな自己主張---

アサーションとはコミュニケーションスキルの 1 つであり、最近企業や学校など、さまざまなところで、アサーション・トレーニングが行われています。

アサーションの発祥の地はアメリカで、1950 年代、行動療法という心理療法から生まれたものです。最初は自己主張が苦手な人を対象としたカウンセリング技法として実施されてきましたが、1960 年～70 年代には「人権拡張」「差別撤廃」運動において、それまで言動を圧迫され続けていた人たちに大きな勇気を与えました。

日本では、アメリカでその理論を学んだ平木典子氏により紹介され、日本の風土に合った方法で実践されています。

アサーション理論では、コミュニケーションのタイプを大きく三つに分けています。

①アグレッシブタイプ ②ノン・アサーティブタイプ ③アサーティブタイプ（さわやかな自己主張）

アグレッシブな方法とは自己のを中心に考え、相手のことは全く考えないやり方です。例えば、失敗した人に対して、理由や言い分など大きく余地もなく頭ごなしに叱責するような表現です。自分の気持ちは抑えることなく表現していますが、相手の気持ちは考慮していないのです。

ノン・アサーティブな方法とは、自分の感情は押し殺して、相手に合わせるようなやり方です。例えば、いつも友人に雑用を頼まれて嫌なのに、はっきりと断れずに引き受けてしまう態度のことです。このような態度は一見すると相手に配慮しているように見えますが、自分の気持ちに率直ではなく、相手にも率直ではありません。自分の気持ちを抑え続けていると、次第に欲求不満が募り、相手に対して、「譲ってあげた」という恩着せがましい思いや、「人の気も知らないで」という恨みがましい気持ちにもなってきます。

次にアサーティブな方法とは、自分の気持ちや考えを相手に伝えるが相手を配慮するやり方、自分も相手も大切にするやり方です。アサーティブな自己表現では、自分の気持ち、考え、信念に対して正直、率直に、また、その場にふさわしい方法で表現します。価値の多様化、社会構造の変化が進む現代社会、人間関係の持ち方が職場でも難しくなって来ました。人がそれぞれの違いを認め、その上で、自分らしいコミュニケーションを行うことが求められます。以下に参考図書を挙げます。(井上)

### 文献

- 1) 平木典子.改訂版アサーション・トレーニング<さわやかな自己表現>のために. 金子書房.2009 年
- 2) 平木典子.言いたいことがきちんと伝わるレッスン---人間関係が驚くほどうまくいく--- 大和出版. 2008 年.

- 3) 平木典子. 図鑑自分の気持ちをきちんと伝える技術---人間関係が楽になる自己カウンセリングのすすめ--- PHP 研究所. 2007 年.

## いじめ・パワーハラスメント

成果による評価や非雇用者の増大、経済状況の不安定など、様々な要素が絡んで、働く場は雇う側にも雇われる側にも種々の緊張感を生んでいます。企業間の競争も加速。加えて事業革新や技術革新にも迫られ、教育や研修も求められています。何とも余裕のない状況が日常化しているのが現状です。決められたノルマを強く要求される、1人でいくつもの業務をこなす、教育や研修も受けないで新しい業務をさせられるなど、力のある者が、ない弱い者へ、過重な負担を与える、時として、人権無視や人間としての尊厳を侵害させるような言動もみられます。最近では、内容や程度により、労災としても認められるようになり、民事裁判にも上がってくるようになりました。厚生労働省の外郭団体である中央労働災害防止協会の定義によれば、パワーハラスメントとは「職場において、職権などの力関係を利用して、相手の人格や尊厳を侵害する言動を繰り返し行い、精神的な苦痛を与えることにより、その人の働く環境を悪化させたり、あるいは雇用不安を与えたりすること」とされています。が、現実にはかなり複雑な事例も多く、最近では企業の顧問の立場の方からの相談も増加中とか。パワーハラスメントは企業のメンタルヘルス問題でもあります。この問題はまだ緒についたばかり。今後、多方面から幅広く、検討され、個別事例の相談を積み重ね、一方では与える側の問題にも迫る必要があるでしょう。

以下に、日本で先駆的な活動を続けている(株)クオレ・シーキューブの岡田康子氏はパワーハラスメントを、4つのタイプに分類しています。ご参考まで。

### 1. 攻撃型

「人前で怒鳴る 机や壁などを叩いて脅す 肉体的暴力をふるう」など、直接的な攻撃を行うもの

### 2. 否定型

「仕事のすべてを否定する 人格を否定する 人格を低く評価する」など、その存在そのものを軽視し否定するもの。

### 3. 強要型

「自分のやり方を無理やりおしつける 責任をなすりつける 違法なことを強要する」など、上司という権限・威厳を誇示するもの。

### 4. 妨害型

「仕事を与えない 必要なものや情報を与えない 辞めさせると脅す」など、被害者の仕事そのものだけでなく、仕事に向かう意欲や向上心も妨害しようとするもの。(井上)

文献 涌井美和子:職場のいじめとパワハラ防止のヒント 第2版. 経営書院. 2010年.

## 事業場外の支援機関について

厚生労働省より出されている「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、メンタルヘルスクエアを行う上で重要な点として、①セルフケア、②ラインによるケア、③事業場内産業保健スタッフ等によるケア、④事業場外資源によるケア、以上 4 つのケアが継続的かつ計画的に行われることが挙げられています。

ここでは、事業場外資源について簡単に解説します。会社・団体内の制度面の整備、計画の策定、実際の運用、日々の活動の中で生ずる各種問題、これらを事業場内の資源のみで行うのが困難な時があります。その際には、一時的、もしくは継続的支援活動を外部の資源に依頼、相談することが可能。事業場外資源は、メンタルヘルス支援や健康管理活動全般において、労働者個人、会社・団体双方にとって大変心強い支援者となりえます。なお、メンタルヘルスに関する継続支援を外部に委託する場合は、前もって共有情報や連携方法の在り方について詳細に取り決めをしておくこと、任せきりにしないで事業場内資源による活動も同時に進めることなど注意も必要となります。

- ・ 都道府県産業保健推進センター：労働者の健康管理活動にあたる産業医、産業看護職、事業主、衛生管理者などの産業保健関係者を支援するために設置されており、各種研修会開催、情報提供、啓発活動、下記地域産業保健センターへの支援等をおこなっている。費用はかからない。
- ・ 地域産業保健センター：主に 50 人未満の事業場で働く方の健康に関する相談を受け付けるところであり、厚生労働省の委託により都道府県医師会などが行っている。費用は無料。
- ・ メンタルヘルス対策支援センター：2008 年(平成 20 年)にスタートした厚生労働省による委託事業。メンタルヘルス全般について、事業主、人事労務担当者、産業保健スタッフなどからの相談に応じたり、同センター内メンタルヘルス対策促進員が事業場に出向いて各種助言、支援を実施しており、費用は無料。現在は都道府県産業保健推進センター内に設置されている例が多い。
- ・ 障害者職業センター、リワーク事業：各都道府県の障害者職業センターで行われている職場復帰の支援を行う事業。メンタルヘルス疾患によって休務している方で職場復帰を希望している場合、当事者、主治医、事業主側の同意にて開始されるもので、費用は無料である。
- ・ 医療機関の職場復帰支援に関するデイケア：病院・診療所などに併設されているデイケア等で職場復帰の支援を専門的に行っている医療機関である。精神科医、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士といったメンタルヘルス診療の専門家が支援を行う。通常の保険診療が適応となる。
- ・ 外部 EAP 会社：Employee Assistance Program（従業員支援プログラム）。医療機関で

行う治療ではなく、働きやすい職場づくり、病気にならないための予防対策、相談対応、ストレス調査、職場復帰支援などを外部から行うための専門的な会社であり、近年増えつつある。(小林)



## 5 仕事の多様化

### 5.1 時間的不規則性

#### 体内時計・神経内分泌・うつ病

ヒトは体内時計と呼ばれる一定のリズムを持っています。体内時計は、およそ 25 時間の周期を持っています。このため、我々は、朝起床したときに、1 時間分の調整をしているとされています。この調整は日光に当たることで行われると言われていて、日光を遮断した状態で生活していると、次第に 25 時間周期で生活を送るようになります。また、いわゆる「時差ぼけ」は、ジェット機などによって速く移動しすぎた結果、体内時計の補正が追いつかないときに起こります。さらに、睡眠障害の一部は、体内時計の乱れを招くような生活習慣が原因であるとされています。

脳の奥に松果体という内分泌器官がありますが、ここから出ているのがメラトニンという物質で、体内時計に深く関与しているとされ、その分泌は、ある特定の波長の青みかがった光によって抑制されることが知られています。体内時計を朝の日光に当たることで調整することの正体は、澄み切った朝の空の青い光を見ることで、メラトニン分泌を抑制することであるとされています。メラトニンはあるタイプのうつ病の発症にも関与しているともされ、青い光の作用を利用して、このような光だけを通す特殊な眼鏡をかけさせてメラトニン分泌を抑制し、うつ病(といっても一部の患者ですが)を治療する試みもなされています。

今回の調査では、「最も調子のよい時間」を尋ねました。この調子が良い時間が午前であるものを朝型、12:00~17:59 までを昼型、18:00 以降を夜型と分類すると、男女とも、「うつ症状」を示す CES-D の値が、この順に高くなっていく(つまり、うつ状態の程度が重くなっていく)ことがわかりました(表 1;夜間勤務のない人たちのみ)。

表 1. 生活パターンと CES-D 値.

	男性	女性
朝型	16.7	18.5
昼型	18.3	19.9
夜型	19.7	22.4

うつ病患者は一般に、朝に調子が悪く、夕方から夜にかけて比較的調子が良くなることが多いのですが、今回の結果はこれと良く一致します。うつ病になったから生活パターンが夜型になったのか、夜型の生活パターンを続けたからうつ病になったのかは、今回の調査では明らかにはできませんが、少なくとも体内時計の乱れが関係するうつ病の方々においては、生活パターンを朝型に変えることで、うつ病・抑うつ状態が軽快する可能性があるものと考えられます。(西)

## 「早朝型」の勤労者と健康

今回の調査では、勤労者の生活リズムを知る目的で、「最も調子の良い時間」を1時間刻みで尋ねました。また、健康診断で高血圧・肥満・糖尿病を指摘されたことがあるかなども尋ねました。その中で、「早朝」に調子のピークが来る群について興味深い結果が得られたため、ここで特に述べます。

深夜勤がなく、正職員であって、「最も調子の良い時間」が1つだけ(つまりリズムのカーブが単峰性)であった勤労者1,661人の中で、早朝つまり0時台から8時台まで(0:00-8:59)が最も好調であると回答した124人(うち0:00-4:59のいわゆる深夜が好調と回答した例は9人)について、「早朝型以外」の群と比較したところ、表1のような結果となりました。

「早朝型」の人は、女性で喫煙・飲酒がその他の群に比べやや多かったものの、男性ではどちらも少なく、男女とも睡眠時間は他の群と同じかやや長く、睡眠に満足しており、CES-Dは低かった(つまり、抑うつ程度が軽い)のでした。このように、「早朝型」は総じて生活習慣が良好である、と判断できます。ところが、高血圧・肥満・糖尿病は多いという結果でした。高血圧は、年齢とともに有病率が上昇しますから、年齢階級別に検討する必要があります。表2にその結果を示しますが、女性の10代20代を除き、すべて高血圧の率が高くなっていました。

今回の結果は、高血圧・肥満・糖尿病を指摘された人が、生活習慣を改善するよう、かつ朝型にするよう指導され、それを継続するうちに早朝の時間帯に好調になるように変化したという解釈も不可能ではありませんが、明確な理由は不明です。指導の結果でなく、早朝に好調である人たちの生活パターン(食生活など)がもたらした結果であるのかも知れません。いずれにせよ、「早朝型」は、いわゆる「朝型」(午前中が好調)の中において、特殊な集団を構成していると考えられます。今後、詳しく検証すべき問題です。(西)

表 1. 「早朝型」とそれ以外の群における生活習慣と高血圧・肥満・糖尿病・CES-D  
(例数と平日睡眠時間以外は%, 平日睡眠時間は中央値).

	例数	睡眠 満足	運動	喫煙	飲酒≥ 週3日	高血圧	肥満	糖尿病	CES-D D≥16	平日睡眠時間
男 性										
早朝型以外	1094	47.3	33.6	49.0	46.7	20.6	27.0	7.3	52.0	6
早朝型	75	66.7 *	33.3	46.7	41.3	29.3 #	36.0 #	12.0	42.7	7
女 性										
早朝型以外	421	39.7	15.5	16.4	18.2	6.0	11.1	2.4	61.4	6
早朝型	71	51.2	22.0	22.0	24.4	24.4 *	22.0 *	7.3 #	58.5	6

\*P<0.05, #P<0.10,  $\chi^2$  検定.

注・睡眠:「満足」,「やや満足」,「やや不満」,「不満」,のうち「満足」.

・運動:「している」,「まあしている」,「あまりしていない」,「していない」,のうち「している」+「まあしている」

・喫煙:「時々吸う」+「毎日吸う」

・高血圧・肥満・糖尿病:「健康診断などで指摘されたことがある」

表 2. 「早朝型」とそれ以外の群における年齢階級別の高血圧の割合(%).

	10代20代	30代40代	50代60代
男性 早朝型以外	8.0	19.3	37.5
早朝型	14.3	25.6	37.9
女性 早朝型以外	0.6	8.1	12.9
早朝型	0.0	11.1	44.4

\*P<0.05,  $\chi^2$  検定.

## 5.2 正規職員と非正規職員

### 知的障害者の雇用 — 日本でいちばん大切にしたい会社

従業員 50 名のうち、およそ 7 割が知的障害者という日本理化学工業株式会社（川崎市）での話です。この会社ではダストレスチョークを作っています。50 年ほど前、2 人の知的障害者に就業体験を 1 週間という約束で作業をさせたところ、大変真面目に働いてくれたそうです。終了の前日、社員十数人が大山社長（当時は専務）を取り囲んで、この子たちを正規の社員として採用してくれと、お願いしたと言います。知的障害者の雇用については残念ながら現状は寂しい限りです。知的障害があっても、単純作業では十分労働力として提供できる場合が多いのですが、一般の理解は遅れていると言えましょう。大山社長は、障害者にもわかりやすい仕事のやり方を工夫して会社の業績を上げています。

法政大学の坂本光司教授は、日本中の 6,000 社を超える企業を回って、経営者のあり方に鋭い疑問を投げ、会社経営に対する提言を 5 つ挙げています。①社員とその家族を幸せにする、②外注先・下請企業の社員を幸せにする、③顧客を幸せにする、④地域社会を幸せにし、活性化させる、⑤自然に生まれる株主の幸せ、ということです。ベストセラーになった著書は、14 社ほどの話を取り上げていますが、その後も続編が次々出ています。

今回の調査で「自分の仕事は大いに社会に役立っていると思う」に 4 つの選択肢で答えてもらっています。そのうち正職員の 6,358 人について、いくつかの尺度との関連を調べました。「うつ症状」を示す CES-D では、社会に役立っていると思っている人たちは 14.0 点と低く、「ちがう」と答えた人たちは、24.3 点という高い値でした。うつ状態がひどいと社会への役立ちを感じないのかも知れませんが、逆に役立っていると思うことで「うつ症状」がなくなるということもあるでしょう。自分の努力で物事は解決できるという内的統制感（LOC）でも、役立っていると思う人たちは、努力志向です。生活習慣も良好で、仕事の裁量度も高く、やる気である志気も高いのです。働くということが周りの人たちへの幸せにつながるという意識が、結局は企業のためにもなっています。（三宅）

	CES-D	LOC	生活習慣	裁量度	志気度
そうだ	14.0	11.44	3.02	3.83	7.25
まあそうだ	15.2	10.67	2.79	3.44	6.34
ややちがう	18.2	9.78	2.65	2.80	4.75
ちがう	24.3	8.55	2.50	2.08	2.60
総計	16.4	10.40	2.76	3.24	5.79

文献 坂本光司：日本でいちばん大切にしたい会社. あさ出版. 2008 年.

## 正規職員もつらいよ

同一労働同一賃金という非正規労働者への平等な待遇が要求されているにも拘わらず、現状は大きな差別が存在しています。ところが、今回の調査の中で正規職員と非正規従業員を比べてみると、話は簡単ではありません。表に主な項目の比較を示しています。正規と非正規の基本的な相違があります。まず性別で、男性では正規 85.7%、非正規 10.5%、女性では正規 64.8%、非正規 31.8%と、女性の非正規従業員の割合が大きいのです（正規か非正規か無記入があるため合計が 100%になりません）。年齢では正規より非正規が年長です。男性の非正規では嘱託が多く、女性の非正規ではパートが多いのです。

労働の仕方も違います。非正規では身体労働が多く、その代わり仕事量や質では比較的楽なものも多く、労働時間や残業時間が短めです。仕事の裁量度が低い、すなわち言われたままの仕事で自分から意見を言うような立場ではないと思っています。努力に報われる状況だとは思っていません。ワークライフバランスは正規職員よりは恵まれていて、現在の勤務を辞めたいと思うものが少ない（正職員のほうが辞めたいというものが多い）という状況です。

男性と女性で多少の相違があります。男性のほうが女性より正規も非正規も労働時間や残業時間は長めで、交代制勤務に従事するものが比較的多くいます。女性全体では「うつ症状」が正職員で高く（CES-D 平均値 17.5 点）、非正規従業員では低めです（CES-D 平均値 16.5 点）。しかも、全年齢層で女性正職員のほうが高いのです。

「うつ症状」には年齢差があります。全体では若年ほど「うつ症状」が高く、女性の若年者が男性より高めです。非正規従業員について男性の 20 代と 30 代をみますと、正規職員より高いのですが、40 代と 50 代になると正規職員のほうが高いのです。現在の 20 代、30 代の世代は、就職難で非正規従業員の道しかなかったという者が比較的多く、非正規従業員として働かなければならない若年世代では正規職員に比べ、大きな不安を抱え、「うつ症状」が重いことが理解されます（CES-D で異常とされる 16 点以上が男性正規職員で 46.2%、非正規従業員で 55.9%）。玄田有史「仕事のなかの曖昧な不安」（中公文庫）の指摘のとおりです。

ただし、女性の 20 代と 30 代の「うつ症状」では正規と非正規の間に差はありませんでした。女性の家族形態は、どちらも夫婦と子供の二世帯が最も多かったのですが、男性では正規は二世帯、非正規では両親と一緒に最も多く、男性の非正規の人達が、親から独立して正職について働かなければならないと考え、焦っている人が多いと思われます。

結局、非正規労働者が正規雇用された労働者より経済的に恵まれていないことは、その通りだと思いますが、時間の余裕や責任の重さから解放されて、精神的にはむしろ正規の労働者のほうが辛い状況なのかもしれません。（三宅）

表. 性別正規非正規労働者の相違（有意差のある主な項目）.

	男		女	
	正規	非正規	正規	非正規
人数（人）	4194	515	2061	1101
最多年齢層	30代	60代	30代	50代
多い家族形態	2世代	両親一緒	2世代	2世代
多い職種	技能、現業	現業、技能 嘱託、その 他	事務、専門	現業、事務 パート、そ の他
交代制あり	19.5%	29.9%	22.8%	17.1%
労働時間				
1回8時間超	57.9%	30.8%	44.5%	19.5%
残業時間				
月80時間超	11.6%	4.1%	4.1%	1.0%
残業理由				
上司命令	13.2%	9.2%	14.0%	11.0%
自分の仕事で	53.3%	20.8%	48.5%	20.5%
手当魅力	6.1%	6.2%	2.3%	4.8%
1) 身体を動かす仕事	48.4%	63.5%	46.8%	54.9%
2) 仕事量とても多い	70.5%	53.0%	69.3%	58.1%
3) ノルマ・納期に追われる	70.7%	44.4%	60.2%	44.5%
4) 仕事方針決め意見できる	55.3%	42.9%	41.0%	29.1%
5) 努力に見合った評価	46.8%	42.9%	46.8%	40.0%
6) 企業将来明るい	32.3%	47.2%	32.3%	41.4%
7) 仕事と仕事以外の生活両立	67.7%	74.2%	65.2%	75.6%
8) やめたい	53.1%	40.8%	62.6%	45.8%
注：「身体を動かす仕事」以下の8問では4肢選択の「そうだ」と「まあそうだ」の回答率。 分母には無回答を含めていることがある。				
CES-D 平均値	15.9	15.3	17.5	16.5
16点以上割合	43.5%	39.3%	49.7%	45.8%

## 最近1年間に転職してきた人たち

この調査で、この1年間に転職してきたと答えた人が、男性で113人、女性で123人いました。この転職者とそうでない人たち（男性4,781人、女性3,056人）とを比較してみると、興味ある結果が得られました。

転職者の割合は、男性2.3%、女性3.9%で、やや女性の割合が多く、男性では年齢による差がなく、職種や学歴にも差がありません。女性では年代で20,30歳代が多く、専門職に多く、現業職では少なく、学歴では短大・専門学校卒が多いという結果でした。正職員と答えたのは、男性51.3%（転職者以外86.5%）、女性30.9%（転職者以外66.2%）と正規の職員になる壁は高いようです。

ところが、仕事については「仕事量が少ない」、「ノルマや納期に追われることはない」、「この企業の将来は明るい」、「辞めたくない」、「上司や同僚がしっかり助けてくれる」と答え、労働時間や残業時間も少なく、仕事が楽になったことがはっきりしています。前に勤めていた職場の仕事がきつくて、前の職場と比べて判断しているのか、あるいは転職してきて実際に条件が良くなったのか、いずれとも考えられます。この調査では、実際の賃金がいくらになったかは聞いていないので、経済的条件が良くなったのか悪くなったのかはわかりませんが、男性では「努力に見合った評価を受けている」という回答が多く、女性では「自分自身で仕事の方針を決め、意見を反映できない」という回答が多いということから男女で経済的な違いがあるかもしれません。いずれにしても男女とも仕事への志気を示す物差しで高い結果が出ていますので、新しい職場での働きやすさが見えるようです。

その他、生活習慣にはほとんど差がなく、健康状態にもほとんど差がありません。「うつ症状」をCES-Dという物差しで測りましたが、その平均値には差がありません。面白いことに、内的統制感という物差しでは、転職者のほうが「運命に流されず、自分で努力しようとする」傾向が高いという結果になりました。転職によるマイナス面より積極的にプラス面を自ら切り拓く姿勢が垣間見えるようです。

国家戦略会議のフロンティア構想報告書（2012年7月）によると、現在の雇用関係の改善に向けて思い切った提案をしています。「定年制を廃止し、40歳定年も可能にする」、「雇用契約は有期を基本に労働移動を促す」、「正規・非正規の就労形態の区別を解消する」、「情報通信技術による在宅勤務の促進を」、「働く時間や場所を選びやすくする」というのです。これまで、一企業に長年勤めるのが望ましいと思われていましたが、一部の人たちではありますが、雇用される側が自分にふさわしい職場を求めて流動するという傾向が強まるのではないのでしょうか。わが国の雇用制度は、裁判からの例を見ても解雇に対し企業側には厳しい判例が多いそうです。デンマークなどでは解雇の制限が緩いにもかかわらず、失業率が低いのですが、再雇用の制度的環境が整備されているためといいます。（三宅）

文献 太田肇：社員がよく辞める会社は成長する、PHPビジネス新書



## 6 個人側の問題

### 6.1 生活習慣

#### 性・年齢と抑うつ程度

今回の調査では、抑うつ程度を評価するための指標として、CES-D を用いました。その結果は、「平成 22 年度調査研究報告 北海道・東北地方における事業所のメンタルヘルスの状況とその対策に関する研究報告書」にある通りで、すべての年齢層で男性が女性より点数が低く、つまり抑うつ程度は女性が男性より重く、かつ点数は年齢が進むとともに低下していった、つまり抑うつ程度が軽くなっていった、というものでした(図 1)。

2000 年(平成 12 年)に、当時の厚生省が全国レベルで調査した CES-D の結果(保健福祉動向調査)を見ると、今回の結果と同様、抑うつ程度は女性が男性より重く、かつ点数は年齢が進むとともに低下していく様子がわかります(表 1)。なお、保健福祉動向調査の細かい数字は、ネット上に掲載されています。

([http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001054989&requestSender=dsearch](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001054989&requestSender=dsearch))。

また、これも今回の調査とは全く別ですが、北海道の十勝地方に位置する鹿追町は、2001 年(平成 13 年)に、全町民の約 1 割に相当する 618 人に対して、自記式アンケートを用いた生活習慣の調査を実施し、その中で抑うつ程度を評価するための指標として、「Zung の自記式抑うつスケール」を用いました。質問内容が CES-D とはやや異なりますが、点数が高いほど抑うつ程度が重いことは共通しています。その結果を表 2 に示しますが、ここでも今回の調査と全く同様の状況で、点数は年齢とともに低下し、すべての年齢層で男性が女性より点数が低かったというものでした(「いきいき健康計画 21in しかおい」による)。

近年のわが国における自殺による死亡は、死亡数・粗死亡率・年齢調整死亡率などの統計指標により多少数字が異なるものの、総じて男性が女性の 2~3 倍に上っています。また、一般に抑うつ程度が重いと自殺リスクが高いとされています。にもかかわらず、点数の上では女性が重く、男性が軽いという現象が、職場でも一般住民でもみられたこととなります。

もう 1 つの「年齢が進むと抑うつ程度が低下する」という現象に対して、「職場においては、抑うつ程度が強い者が辞めていった結果として、元気な者が残ったため、年齢が進むと抑うつ程度が軽くなる」と解釈することは可能ではあります。ところが、鹿追町の調査は、一般住民を対象としていますから、「この現象は抑うつ程度が強い者が辞めていった結果である」という解釈は成り立ちません。成り立つとすれば、「抑うつ程度が強い者は種々の疾患に罹りやすいため、これらの人々が早死にした結果である」とい

う解釈です。しかし、最近のわが国の年齢別の1年間の死亡率をみると、30代で0.05%程度、40代で0.1%程度ですから、死亡した人がすべて抑うつ程度の高い人であったとしても、これで説明するのは困難です。

目下のところ、抑うつの程度を評価する質問の結果に対しては、一般的に、女性は男性より抑うつの程度が重く、年齢が進むと軽くなっていくと解釈するしかないと考えられます。(西)

図 1. 今回の調査による性・年齢別の CES-D 点数(平均).

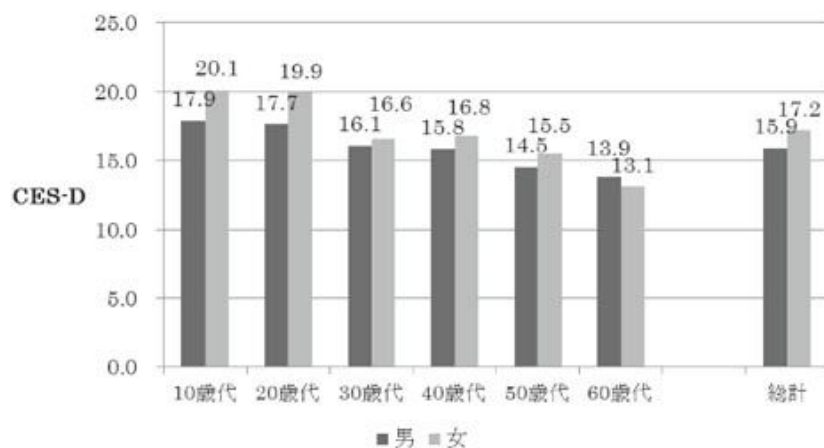


表 1.保健福祉動向調査による性・年齢別の CES-D 点数(平均；全国、2000 年).

	男性	女性
12～19 歳	12.4	13.9
20～29 歳	12.0	13.0
30～39 歳	11.0	12.3
40～49 歳	11.5	12.4
50～59 歳	10.9	11.6
60～69 歳	9.0	9.0
70～79 歳	7.7	8.4

表 2.Zung の自記式抑うつスケールによる性・年齢別の点数(平均；鹿追町、2001 年).

	男性	女性
15～19 歳	35.1	42.9
20～29 歳	34.9	39.9
30～39 歳	33.9	38.0
40～49 歳	33.6	34.4
50～59 歳	31.3	32.5
60～69 歳	28.6	30.3

## メンタルヘルス維持・増進の基礎 ―心身相関ということ―

今、労働者のメンタルヘルスが危機的状況にあります。厚労省の調査でも職場絡みで強いストレス、不安を感じている労働者が6割に達しています。

メンタルヘルスは心の健康ということですから、メンタルヘルス不全とは心理面・情動面に限った異常と思われがちですが、実際には、毎日の暮らし方(生活習慣)、過重労働などによる身体面の関与、影響が少なくありません。

心と身体とは表裏一体の関係にあり、日常的にも、心配事があると食欲がなくなるのは心が身体に及ぼす影響であり、スポーツで汗を流すと心が爽快になるのは身体が心に与える影響です。このような心と身体の間を心身相関といいます。

今回の調査では、生活習慣の乱れが「うつ症状」を悪化させることがわかりました。例えば、日常的に朝食を抜く人や寝不足あるいは寝過ぎの人では抑うつ点数が高く、運動・スポーツ習慣のある人では抑うつ点数が低いなど、総じて、生活習慣点(7点満点)が低いほど抑うつ点数が高いという結果でした。つまり、生活習慣のあり方が、メンタルヘルスの状態に深く関係しているというわけです。

生活習慣が乱れると、なぜメンタルヘルスの不調が生じやすくなるのでしょうか。

人間には自分の心身状態を正常に保つ機能があり、これをホメオスターシスといいます。自己正常化能、あるいは自然治癒力といってもいいでしょう。ホメオスターシスは、自律神経系、内分泌系、免疫系の3系の共同作業で維持されていますが、生活習慣の乱れは、このホメオスターシスを破壊するのです。生活習慣の乱れが生活リズムを変調させ、生活リズムの乱れが生体リズムの不調を引き起こし、結果として心理面・情動面の不調をもたらす、心の抵抗力が弱まるのです。

メンタルヘルスの維持・増強には良い生活習慣を介した身体的健康にも十分な配慮が必要ということになります。

(久村)

## 6.2 ストレス解消法

### 脆弱性—ストレス理論

この理論は、精神障害の原因は何かという疑問に対して現在の労災認定などで引用されることが多い考え方です。個人的な弱さか、それとも外部からの強いストレスが原因なのかという分け方で精神障害を分類しようとしています。この考え方は、すでに古代ギリシャのヒポクラテスの文章の中に出てくるくらい古くて新しい理論なのです。

営業の取引先からの苦情にどのように対応しようかと悩むような問題が起きたとき、ノイローゼになってしまう人がいるのと、一方で同じ苦情なのに平気で済ませる人がいるのはなぜだろうかという初歩的な疑問から始めましょう。ノイローゼになるような人は、もともと精神的に弱い人、つまり脆弱せうじやくな人なのだという見方があります。いやそうではない、取引先の苦情があまりにも強烈で耐えられなかったので、普通の人ならたいていノイローゼになるだろうという見方もあります。個人内部のほうに重きを置くか、外部のほうに重きを置くかという問題といえます。

この 100 年くらいの間、精神医学では繰り返し、特に統合失調症をめぐって、この議論がされてきました。最初のころは個人の遺伝的な素因が強く主張され、一般の人びとの偏見を煽ったという問題もありました。極端な場合ですが、ナチ国家による精神障害者の抹殺が精神科医たちによって平然と行われたという歴史もあるのです。

統合失調症では一卵性双生児の一致率が高く、家族歴でも一般人より関係が深いことは確かです。しかし、結核の発病の一致率とほぼ同じくらいなのです。結核は結核菌がなければ罹ることはありませんが、結核菌に感染しても発病するとは限らないのです。うつ病も遺伝性があることは確かです。特に双極性障害といわれる、いわゆる躁うつ病の場合は、遺伝性が高いのです。個人側の原因になるのは先祖からの DNA ということになり、最近次々と精神に関わる遺伝子の働きが見つかっています。性格や知能も DNA によって決定する割合が少なくありません。

しかし、一方では環境側の原因が大きいことも事実です。戦争中に多数の兵士が戦争神経症で戦闘不能になった物語があります。特に第 2 次世界大戦のノルマンディー上陸作戦やベトナム帰還兵の例は有名です。いかに頑丈そうに見える兵士でも戦争の現場では耐えられない状況が生じるのです。同様に職場での過重労働やハラスメントによる強いストレス状況では、通常は丈夫な人が精神的に不調に陥ることがあるのです。この脆弱性—ストレス理論は、職場で精神障害発病にいたった職場側の原因がどの程度であったかが、労災認定の場面で行政や司法で応用されています。とはいえ、認定の壁は高く、2010 年(平成 22 年)の精神障害等の労災補償では、自殺での認定件数は 65 件でした。労働者の自殺は毎年数千人と言われていますが。(三宅)

## ストレスとストレッサー

ストレスという言葉は、もともとは物理学で物体に力を加えたときに生じる「ひずみ」のこと、あるいは力を入れて発音することを意味していたのですが、ハンス・セリエが医学用語として提唱して以来、一般の人が使うようになりました。ハンガリー出身のセリエは、カナダに渡って一連の研究を行います。1930年代のことです。ネズミに物理的（寒冷・高熱、電気ショックなど）、化学的（酸・アルカリ、ホルマリンなど）、生物的（細菌、ホルモンなど）、さらに縛りつける、狭い檻に多数を閉じ込めるなど、さまざまな外部刺激を加え、ネズミの体内の変化を調べたのです。一種の拷問のようです。ネズミの体内ではどの刺激を与えても結果として、副腎皮質の肥大、胸腺やリンパ腺の委縮、胃・十二指腸の潰瘍が共通して起こることがわかったのです。別の表現をすると、強烈な外部からの有害刺激があると、生体は内分泌系（ホルモン）、神経系（交感神経・副交感神経、中枢神経など）、免疫系のバランスを崩してしまうということです。

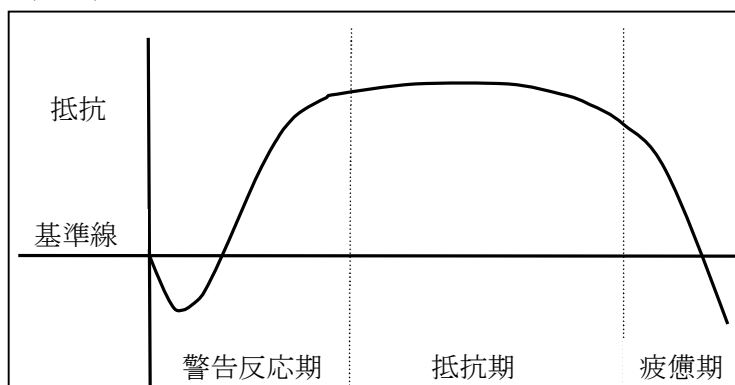
動物の体は、外部からの刺激による体内の変化を巧みに調節しています。この調節のメカニズムをホメオスタシスといいます。この言葉は、セリエより以前にアメリカの生理学者キャノンが唱えていたものです。例えば、夏の暑さで体温が上がると皮膚の表面の血管を広げたり、汗をかいたりして体温を下げようとします。このホメオスタシスの限界を超えさせるような強い刺激が加わると生体は異常な状態に陥るのです。

ストレッサーという言葉は、最初、セリエがストレスと混同して使っていたのですが、その後、外部刺激のほうをストレッサー、内部で生じた反応をストレスと分けて使うようになりました。

一般に使われているストレスという言葉では、ストレスやストレッサーを区別しないで、主に心理社会的な場面が取り上げられているようです。

このストレスの強さと時間の関係をセリエが図にしています。ストレッサーが加わりますと、生体は最初、ショックを受けますが、これに抵抗するように働きます。さらにストレス状態が続くと抵抗してはいますが、最後には疲れ果てて倒れてしまうという図です。

(三宅)



林峻一郎：「ストレス」の肖像、中公新書

R.S.ラザルス：ストレスとコーピング、星和書店

## ストレス・悩みの解消法

人は誰しもストレス・悩みを多少なりとも抱えているものです。人はそれぞれの方法で、それを解消・解決しようとしています。今回の調査では、抑うつ程度を示す CES-D の質問(点数が高いほど抑うつ程度が重い)の他、ストレス・悩みの解消法について尋ねる項目(複数回答)も設けたので、解消法と抑うつ程度との関連性を検討しました。

表 1 と表 2 に、男性と女性のストレス・悩みの解消法を、回答が多かった順に示します。女性では、上位 5 項目がすべて 40%を超え、何らかの解消法を取っている人が多いと考えられましたが、男性では 40%を超える方法は「寝る」のみで、解消手段を全く取っていない人も少なくないと考えられました。さらに、男性では「寝る」「飲酒」「テレビ」など、単独で行う解消法が多かったのに対し、女性では「グチ」と「相談」がどちらも 40%以上で取られているなど、誰かを相手にした解消法が多かったのも特徴です。

表 1. 男性のストレス・悩みの解消法。

方法	割合
寝る	42.8%
飲酒	34.9%
テレビやビデオ	26.4%
外出や買い物	24.7%
スポーツ	22.6%
周囲の人に相談	21.2%
知り合いにグチをこぼす	20.6%
好きな物を食べる	18.6%
ギャンブルや勝負事	17.8%
音楽(カラオケを含む)	17.0%
ひたすら耐え続ける	16.9%
インターネット	12.6%
旅行	9.5%
散歩	7.5%
動物(ペット)	7.0%
八つ当たり	4.1%
睡眠薬や精神安定剤	1.6%

表 2. 女性のストレス・悩みの解消法

方法	割合
外出や買い物	50.9%
知り合いにグチをこぼす	48.1%
寝る	46.8%
周囲の人に相談	44.8%
好きな物を食べる	41.9%
テレビやビデオ	26.7%
音楽(カラオケを含む)	20.6%
飲酒	18.9%
ひたすら耐え続ける	16.1%
動物(ペット)	12.6%
旅行	12.4%
八つ当たりする	8.8%
インターネット	8.8%
スポーツ	7.7%
散歩	5.7%
睡眠薬や精神安定剤	3.3%
ギャンブルや勝負事	2.9%

また、一般には CES-D の値が 16 以上だった場合には治療が必要であるとされることから、これを踏まえたグループ分けを行い、さらに、男女間で解消法には差がみられたこと

から、男女別に検討しました。表 3 に特徴的な傾向を示した解消法を挙げましたが、男女とも、「相談」「スポーツ」という手段を取る人の割合は抑うつ程度と並行してほぼ単調に減少しています。これに対し、「薬物(睡眠薬や精神安定剤)」「耐える」はほぼ単調に増加しています。女性においては「グチ」の割合が各群で 40-50%程度と高く、かつ各群間における差が小さいのが、男性においては「飲酒」が各群で 30%台と高く、やはり各群間における差が小さいのが、それぞれ特徴です。抑うつ程度にはあまり関係なく、女性にとっては「グチ」が、男性においては「飲酒」が、それぞれ一般的なストレス解消法であることを示す結果です。

今回の調査では、その手法が「横断的」なものであることから、解消法と抑うつ程度との因果関係を検証することはできません。つまり、どのような解消法を取れば、抑うつ程度が軽くなるということは証明することができません。しかし、「耐える」という手段を取る人の割合は、男女とも抑うつ程度の各群間で大きな差が見られることから、単に「耐える」ことは抑うつ程度を重くする方向に働いている可能性が否定できません。

いずれにせよ、特に男性においては、解消法を今の状態よりは多く取るべきであると考えられ、しかもそれは「薬物」「耐える」「飲酒」など単独でするものではなく、「相談」などコミュニケーションを取れるものが良いと考えられます。また、女性は、「スポーツ」の割合が低いことから、今後、取るべき手段の 1 つとして勧められます。一般に、女性の抑うつ点数は男性より高いのに自殺率が男性より低いのは、解消の手段をより多く取り、かつコミュニケーション型の方法によってストレス解消を直ちにかつ巧妙に行っているためなのかも知れません。ただ「耐える」ことは、避けるべきであると思われます。(西)

表 3. CES-D 値によって分けた群におけるストレス・悩みの解消法を取る人の割合 (%)。

CES-D 値	例数	相談する	グチ	スポーツ	寝る	飲酒	薬物	耐える
男性								
-10	1354	27.0	19.7	27.0	41.2	31.9	0.4	9.5
11-15	1219	20.8	18.0	22.8	42.2	34.9	0.4	12.6
16-20	788	21.1	22.7	22.5	44.5	37.4	1.6	17.8
21-30	819	16.6	22.2	19.0	42.7	36.3	2.9	24.3
31-	353	11.9	24.1	13.6	46.7	38.2	6.5	41.9
女性								
-10	731	53.4	46.6	11.5	42.5	14.9	0.5	6.4
11-15	719	46.7	48.1	7.0	43.9	16.7	1.4	12.1
16-20	497	42.1	48.1	5.4	47.7	20.5	4.6	14.7
21-30	583	40.3	50.6	6.7	53.5	23.8	3.9	22.8
31-	295	32.9	47.1	5.8	49.8	21.4	10.8	39.0



## ストレスは喫煙を促進するか、喫煙はストレスを軽減するか

ストレスについて、最近の米国保健社会福祉省公衆衛生局長官報告書「喫煙は疾病発病にいかに関与しているか」では、タバコの煙成分が細胞や組織に及ぼす酸化ストレス (oxidative stress) 作用のことが中心ですが、心理的ストレスにも触れています。その中に、200編以上の心理的ストレスと喫煙に関する論文を吟味総説した米国の Kassel らの論文が引用されています。

その総説では、諸説を概観した上でストレスの概念としては広義のものを採用し、ストレスと喫煙の関係を、開始期、維持期、(禁煙挑戦後の) 再発期に分け、それぞれ喫煙開始者、喫煙者、禁煙挑戦者を対応させて考察しています。そこでは、広義のストレス (以下、ストレスと略記) はストレス要因 (ストレスを起こす要因、stressor、以下、ST と略記) とストレス反応 (ストレス時の生体反応、stress response、以下、SR と略記) を含み、喫煙の主要生体影響であるニコチン依存症の諸病態や諸要因について、ある時は ST、ある時は SR としてそれらとニコチン依存症の因果関係を考察しています。そして動物実験結果と、ヒトを対象とする疫学的知見の両者を含み、疫学研究方法について、ストレス測定方法は何か、横断研究 (症例対照研究) か縦断研究 (コーホート研究) か、単変量か多変量かなど、疫学研究方法の相違が因果関係の考察に影響することを認識した上で疫学的知見に重点を置いて推論しています。その総説の要点は、

開始期にある喫煙開始者の横断研究では、特定の人格特性やストレスが喫煙開始と正相関するとする知見がある一方、縦断研究ではうつや不安などの否定的感情と喫煙の関連について正否両知見がある他、逆の因果関係の可能性もあります。

維持期にある喫煙者の多くはニコチン依存症 (ニコチンの脳内報酬系活性化作用による快感出現 → {→印は時間的前後関係の意} 代謝による血清ニコチン濃度低下 → 快感消退・不安・不快感 {離脱症状} 出現 → 離脱症状回避欲求 → 喫煙欲求 → 喫煙 → 離脱症状消退・快感再出現、を繰返して喫煙習慣が常習化する病態) であると考えられます。この場合、喫煙者は離脱症状を「ストレス」と知覚し、常習喫煙による離脱症状消退・快感をストレスが軽減する「リラックス感」と知覚しますが、実は代謝による血清ニコチン濃度低下 (ST) → 離脱症状 (SR、ST) → 離脱症状回避・喫煙欲求 (SR、ST) → 喫煙 → ニコチンの脳内報酬系活性化作用による快感再出現 → 代謝による血清ニコチン濃度低下 (ST) へと循環しています。維持期には、ストレスが常習喫煙と正相関するとする横断研究による知見は多く見られますが、電子日記 (Electronic diary) による生態瞬時査定 (Ecological momentary assessment, EMS) 法を用いた前向きコーホート研究でそれを支持する結果が出ています。この観察方法は研究対象者に手のひら大のパソコンを携帯させ、喫煙の有無、喫煙前後の感情状態などを定時的に入力させる操作を一定期間継続し、研究対象者の時々刻々に変化する喫煙前後の境遇や個人特性などの関連要因の情報を、記憶に頼らない前向き的手段で

ほぼ正確に収集できる特長があり、多変量解析により常習喫煙のリスク要因を明らかにしようとするものです。EMS法を応用した Siddharth らの最近の研究でも、離脱症状出現→離脱症状回避欲求→喫煙欲求→常習喫煙→離脱症状消退・快感再出現が観察されました。従って、喫煙以外のストレスと喫煙の関係は未だ明確ではないものの、喫煙によるニコチンの薬理作用を考慮すると、「喫煙由来のストレスは喫煙を促進する」や「喫煙は喫煙由来のストレスを軽減する」の因果関係はいずれも妥当と考えられます。

一方、この総説では、再発期の禁煙挑戦者に関する複数の縦断研究で、ストレスや否定的感情が禁煙挑戦者の喫煙再発を促進することや、ニコチン依存症、飲酒などの個人特性と境遇変化などに伴う否定的感情、中でもニコチン依存症による離脱症状が喫煙再発のリスク要因であるとしています。

結局、この総説ではストレスと喫煙の因果関係について、開始者では不明と判定し、喫煙者や禁煙挑戦者でニコチン依存症である者については肯定していますが、今後の研究においては、細胞レベルから実生活上の境遇のレベルを含む、神経生理生化学から心理行動社会学的視点や手法を用いることの必要性を述べています。

その後ストレスについては、オランダ、ドイツ、米国等の異分野の専門家が集まり、H.Selye（セリエ、1950）以来の概念を検討し2011年に新しい定義を提案しました。それは「生体に作用した刺戟 S が、その生体が培ってきた進化的・生理的・社会的能力では対応できない影響を持つ時、その刺戟（ST に相当）をストレスと呼び、刺激に対する生体側の反応（SR に相当）をストレス反応と呼ぶ」というもので、従来より狭義の定義となっています。生理学的には、刺戟 S がその生体にとって生理的に未経験で想定外（unpredictability）であるか、又は刺戟から受けた影響からの回復力が従来より低下した状態（uncontrollability）です。例えば、生体が経験済みの低温にさらされても、防寒具がありそれを使って体温の低下が起らない範囲なら、その低温刺戟はストレスではないとみなすこととなりますが、高齢、貧弱な防寒具、暖房がない、などの要因が重なると経験済みの低温刺戟はストレスとみなすという定義です。「ストレスは喫煙を促進するか」のような課題について討論や意見交換（risk communication）する場合、ストレスの定義を確認した上で、上記の総説が強調しているように細胞から社会における行動科学レベルまでの学際共同研究が必要であり、EMS法のような新しい観察方法を応用しつつ、疫学的には縦断研究、とりわけ前向きコーホート研究法による研究の必要性に改めて気づかされたように思います。

なお、平成22年度「北海道・東北地方における事業所のメンタルヘルスの状況とその対策に関する研究」の従業員調査で、従業員のストレスの解消方法を複数回答の18選択肢で尋ね、飲酒やギャンブルはありますが、選択肢としての喫煙がないため、当総説の視点からの考察は保留します。（福田）

文献

U.S. Department of Health and Human Services: How Tobacco Smoke Causes Disease,  
2010

J.D. Kassel et.al.: Psychological Bulletin 129, 2003

C.Siddharth et.al.: Drug & Alcohol Dependence 117, 2011

J.M. Koolhaas et.al.: Neuroscience & Biobehavioral Reviews 35, 2011

## 自律訓練法 — ストレス対処の基本技法

催眠というと、多くの人々はその現象を信じないことでしょう。しかし、暗示に代表される催眠現象は日常的にも見られるごく普通の現象です。よく報道される靈感商法なども一種の催眠を利用したものです。

18世紀後半に、オーストリアのメスマルという医師が催眠を用いて、多くの疾患を治療しました。今日でいう神経症、ヒステリー、心身症の一部が対象だったようですが、当時大いに話題になりました。彼は後にインチキ療法医として失脚してしましますが、催眠が一定の治療効果を持つことは事実として残りました。20世紀に入って、ドイツのシュルツが医学的・科学的な立場から催眠を研究し、その生理的・心理的効果を確認し、催眠状態を得るための基本的な技法を考案しました。これが自律訓練法といわれるものです。

催眠は通常、術者が被験者に施すもの(他者催眠といえます)ですが、本法は自律というように、自分で自分に催眠をかける(自己催眠)という特異な方法です。

その効果は広い範囲に及びますが、健康状態の維持・増進効果として疲労回復、心身の安定化、自己統制力の上昇、自己効能感の増加、身体的・精神的ストレスの緩和、抑うつ感情の軽減などが知られています。

技法の詳細は成書(一般向けの解説書が出ています)に譲りますが、自分で自分に一定の言葉(公式といい、例えば、「両手両足が重たい」など6公式があります)を言い聞かせて、実際にそのような状態に導くものです。ある程度の練習で誰もが習得でき、実施時間も数分であり、特殊な装置も不要なことから、現在では医療、看護、教育、産業、スポーツなど多くの領域で盛んに利用されています。

今回の調査ではストレス・悩みの解消法として「寝る」「飲酒」「テレビ」「愚痴る」「耐える」などが目立ちましたが、本法のような積極的なストレス対処法を身につけることが、これからの労働者に求められるでしょう。(久村)

### 文献

佐々木雄二:自律訓練法の実際. 創元社. 1995年.

## 怒りっぽくなっている人

今回の調査では、「うつ症状」を CES-D という物差しで測定しています。このようなメンタルヘルスに関連する 152 問のうち、選択肢を 4 択で答えてもらっている質問が 65 問あります。その選択肢の 1 番目と 4 番目、例えば「そうだ」と「ちがう」のように両端の答えを見てみますと、CES-D の平均値に大きな差があるものとほとんど差がないものがあります。例えば、仕事内容でできた 21 問では、最大の差があったのは「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」という項目で、「そうだ」が 11.6 で、「ちがう」が 27.1 と大きな差があり、最小の差は「どちらかというとも身体を動かす仕事である」で、16.6 と 16.2 というように差がほとんどありません。このことは、ワーク・ライフ・バランスの良悪が、仕事内容の項目の中でもっとも「うつ症状」に影響があり、身体労働の項目は「うつ症状」に影響がほとんどないと考えられます。

このように他の 24 個の質問でも 4 択の両端の平均値を比べてみますと、一番大きな差があったのは、「気分が落ち込んで自殺について考えることがある」の 14.6 対 38.2、二番目が「自分は「うつ病」だと思うことがある」の 13.9 対 35.4、三番目が「怒りっぽくなっている」の 12.0 対 29.5 でした（CES-D の計算に使った 20 問は除いてあります）。

この「怒りっぽくなっている」に注目してみました。4 択の「ほとんどなかった」と答えた 3,407 人 (41.3%) では、CES-D の平均値が 12.0、「少しはあった」と答えた 2,887 人 (35.0%) では 16.9、「時々あった」と答えた 1,332 人 (16.2%) では 21.9、「たいていそうだった」と答えた 504 人 (6.1%) では 29.5 でした（なお無回答者が 1.4%）。いつも怒りを抱えている人が 6.1%（職場の 16 人に 1 人）いるということが、多いのか少ないのかは、わかりませんが、そのような人がいることは、問題になるおそれがありそうです。男性の 4.7%、女性の 8.4%で、女性のほうが多いようです。年齢別では、30 歳代が多く、それより年下や年上は少なくなります。なお、学歴、職種、正規・非正規職、職場での地位などとは関係がありません。

全調査項目との関係を調べました。関連がもっとも深かったのは「自殺について考えることがある」でした。心の中に抱えた怒りは、自分に向かえば自殺や自傷行為に近づきます。外に向かえば人間関係悪化の原因になります。仕事内容の項目では、ワーク・ライフ・バランス、職場の人間関係、次の日まで残る疲労感などに関連が深く、満足感の項目では、すべて不満が多いという結果です。仕事への意欲は低く、健康状態も優れていません。良いところが何もないと言ってよいでしょう。スマナサーラは著書の中で、世の中の破壊の原因は怒りであって、怒る人間は動物以下であると説いています。怒りを少しでも感じている方に、この本をお薦めします。（三宅）

アルボムッレ・スマナサーラ：怒らないこと、サンガ新書

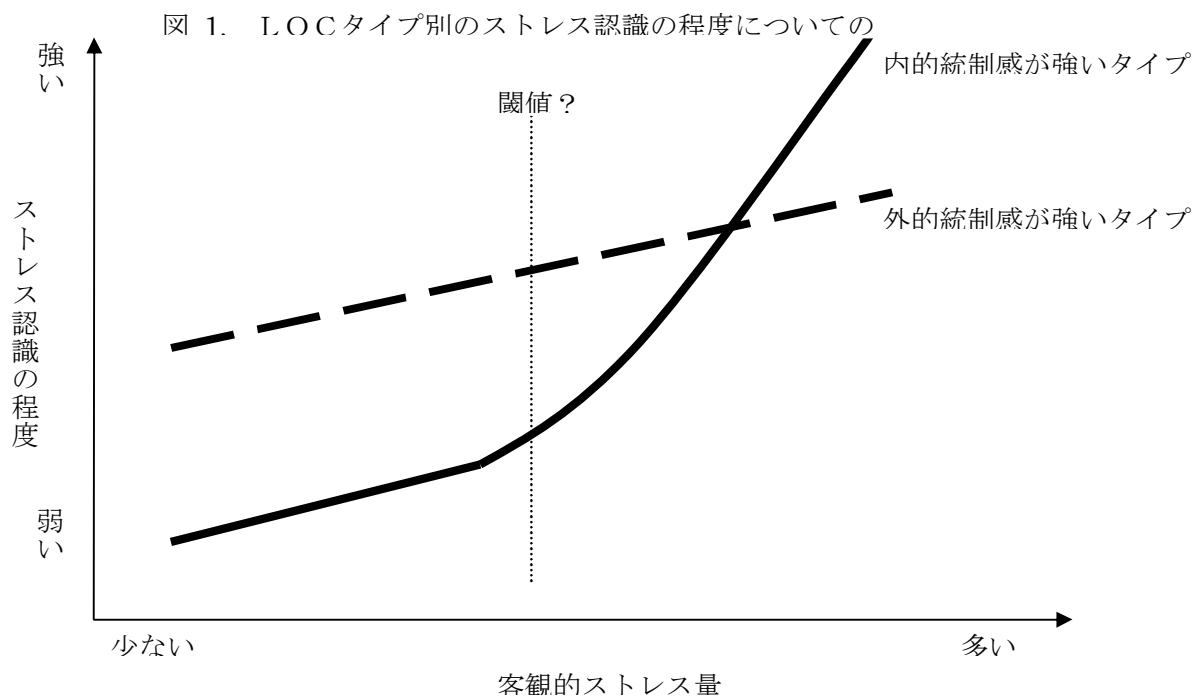
### 6.3 LOC…内的・外的統制

#### LOC についての一考察

LOC は、locus of control の略で、自らの起こす行動と、日々経験する事象との関係についての考え方のパターンを分類する質問紙です。結果としてみたときの日々の事象は、自己の行動によって統制できると考える傾向が強い場合が、内的統制感が強い、とみなします。反対に、目の前で起きている結果は、自らの行動によって決まるのではなく、外的な要因や運命等によるものと考えられる傾向が強い場合を、外的統制感が強い、としています。内的統制感が強いタイプは、「自己解決型」、外的統制感が強いタイプは、「他者・運命依存型」と言えるでしょう。

従来、内的統制感が強い方がストレスに強い、学習効率性が高い、といった考え方が主流です。本調査では、内的統制感が強い群の方が、外的統制感が強い群よりもうつ症状得点（CES-D）が低い結果となっており、従来の考え方を支持するものとなっています。しかし本調査は横断研究であるために因果関係を示すことにはならないため、他者・運命のせいにする傾向が強いとうつ症状を高率に引き起こす場合、うつ症状が強くなると結果として外的統制感が高まる場合、もしくはそのどちらも関係する場合などが考えられます。以下は一精神科医の予想としての話ですので、参考程度にしてください（図1を参照）。内的統制感が強い人は自己責任という感覚が強い分、他者の意見等を柔軟に受け入れることが難しくなるために、まったくの予想外の局面や個人の努力では到底如何ともし難い場面においては、ストレス状態が強まりやすいとも考えます。反対に外的統制感が強い人は、自己の責任において努力して現状を変えようとする能動的な行動量が少なく、常に虚無感や閉塞感を抱えやすいが、非常事態に伴う負担の高まりに関しては内的統制感が強いタイプよりもストレスとしての認識は大きくない可能性もあるのではないのでしょうか。一定程度のストレス状況までは、内的統制感が強いほうがストレスに強いが、ある閾値を越えるようなストレス状況においては、その優位性は薄れ、外的統制感が強いタイプよりも大きな葛藤を抱え病気へと進展する危険性も高まるのかもしれない、という考え方です。つまり、必ずしもどちらが良い、と断定できるものではないのではないのでしょうか。もしこの2つの考え方の重要性を簡潔に表すとするならば、「人事を尽くして天命を待つ」に集約されると考えます。その時々個人の健康状態や能力、周囲の状況によってではあるが、自らの責任を全うすべく努力を惜しまない、しかしその結果については天命に委ねることが心の健康状態を維持する上では重要なのかもしれません。認知療法においても、時折誤解を生みうる点ですが、物事の受け止め方は、「こうすべき」という答えが必ずしもあるわけはありません。思考が偏ってしまうことにより、自らの責任を極端に追及してしまったり、反対に他者への攻撃性が高まってしまったり、もしくは虚無感に支配されてしまったりす

るのではなく、場合によって柔軟な考え方をもって、しなやかに生きていくことを模索するほうが、自分らしくあれる時間を多く持てるのではないのでしょうか。自分らしくあれる時間をより長く持てるほうが、当然健康を維持、増進していきやすいでしょう。(小林)



## 性格特性のビッグ・ファイブ

人は、それぞれにいろいろな性格を持っていると言われていました。外向的とか、その逆の内向的という言葉は、誰でもが日常的に使っています。この言葉は、ユングというスイスの精神科医が論文として最初に明らかにしたと言われていました。その後、イギリスの心理学者アイゼンクが因子分析という手法を使って、外向的対内向的と神経症的対安定的という2つの因子を発表しています。この因子分析を使って、最近、5つの因子で性格が表現できるという説が注目されています。いずれの性格特性も、両極端は病的です。精神医学でいう人格障害とも関係しています。(三宅)

病的傾向	一般的特徴	名称	一般的特徴	病的傾向
無謀	積極性	外向性—内向性	控え目	臆病・気後れ
集団埋没	親和性	愛着性—分離性	自主独立性	敵意・自閉
仕事中毒	目的合理性	統制性—自然性	あるがまま	無為怠惰
神経症	敏感な	情動性—非情動性	情緒の安定した	感情鈍麻
逸脱・妄想	遊び心のある	遊戯性—現実性	堅実な	権威主義

### 文献

丹野義彦：コンパクト新心理学ライブラリ・5 性格の心理。サイエンス社。2003年。



## 性格類型論 — 血液型と性格は無関係

あの人の血液型は A 型だからとか B 型だからと、血液型から性格を決めつける会話をよく聞きます。血液型性格論には、全く科学的根拠がありません。あなたの性格は、こうですと言われるとその通りだと思ってしまう人間の性さがと言いましょか。この現象をバーナム効果といいます。アメリカの興行師で騙しの名人だった人名に由来します。

人間の思考には限界があり、複雑な話は苦手です。4 つくらいに分類して、あの人はこれ、この人はあれに入るとタイプ分けすると理解しやすいのです。

性格類型論でもっとも有名なのは、クレッチマーの「体格と性格」の分類です。当時の 3 大精神病といわれた「躁うつ病」、「精神分裂病（現在は統合失調症という）」、「てんかん」の患者の体格と性格を調べ、循環気質（肥満型で社交的、お天気屋）、分裂気質（細長型で過敏と鈍感が同居）、粘着気質（闘士型で執着的、爆発する）という性格類型論を展開しました。精神医学や心理学に大きな影響を与えた学説です。

古い類型論は、古代ギリシャ・ローマ時代まで遡ります。人間の病気は、血液、粘液、黄胆汁、黒胆汁の 4 種の体液のバランスが崩れると発病するというのです。この 4 液から性格を当てはめると、多血質（外向的・安定的）、粘液質（内向的・安定的）、黄胆汁質（外向的・不安定）、黒胆汁質（内向的・不安定）となります。黒胆汁質は、メランコリーといいます。つまり「うつ病」です。条件反射で有名なパブロフも、この類型論を使っています。性格類型論は面白いのですが、人間をタイプ分けすることは、偏見と紙一重です。限界をわきまえて使いましょう。（三宅）

### 文献

村上宣寛：「心理テスト」はウソでした。日経 BP 社。2005 年。

## コンプレックス、劣等感、そして優越感

日常の会話の中で、コンプレックスという言葉が出てくることがありますが、複雑な心理状態、とくに劣等感やその周辺の心理状態を指していることが多いようです。もともとは、複合体という意味で、心理学の世界では、精神分析学派が使っていた言葉です。

精神分析学の創始者であるジグムント・フロイトは、エディプス・コンプレックスという言葉で父親に対する息子の複雑な心理を描いています。外向性・内向性という性格特性を明らかにしたカール・グスタフ・ユングは、コンプレックスという言葉を広めたことや人類の心の深層に迫る分析心理学で有名です。劣等感という心理的言葉を一般人にまで普及したのは、アルフレッド・アドラーです。アドラーは、若いときの論文で「器官劣等性」という考えを提唱します。幼児が自分の体に他の人とは異なって劣っているところを見つけ、それがその後の性格を形成するのに影響するというのです。アドラー自身もくる病で不自由した経験を持っていました。しかし、劣等感に負けず、それを乗り越える例もたくさんあります。ベートーベンは、耳小骨硬化症という病気で聴力を失って行ったのに、素晴らしい音楽作品を残しました。このような心理的メカニズムを「補償」といいます。

偉い人の物語に出てくる補償の話は、他にもたくさんありますが、われわれ凡人でも、よくみられる心理です。仕事上での小さな失敗でも、皆からさげすみの目でみられ、すっかり落ち込む人もいれば、何こそ負けるものかと、次にはしっかりした仕事（補償）をして見返す人もいます。また、ある人は、この失敗を非難した上司を憎み、酒の席で上司とけんかするような過剰な補償もありえます。威張り散らしている上司には、部下より仕事ができないことを秘かに自覚していて、わざわざ偉そうにしている人もいます。優越感の裏側には、劣等感が潜んでいることも見抜きましょう。（三宅）

岸見一郎：アドラー 人生を生き抜く心理学、NHK ブックス

C.G.ユング（小川捷之訳）：分析心理学、みすず書房

## 第4章 調査標本の代表性, 尺度の信頼性・妥当性について

### 1 使用したデータベースの代表性

#### 疫学って何するものなの？

22年度報告書はメンタルヘルスの研究なので医学研究であることはわかりますが、他の医学研究とやや趣きが違う印象を受けませんか。研究の目的が事業所従業員の精神的健康や社会適応（幸せ感や生きがいなど生活の質、QOL）の悪化予防に役立てることで、計画から解析まで疫学的に行われているからですが、「疫学」の語は全59頁のこの報告書の1頁に1度だけ登場するのみで、疫学について解説した頁はありません。

そこで医学研究に疫学がどう関わるのかをかい摘んで説明しましょう。医学は、有史以来人間の業である病（やまい）に対して人類が発展させてきた文化の1つです。疫学は紀元前400年頃のHippocratesがその源流で19世紀になって学問として体系づけられるようになりました。当初から疫学は人の生命を脅かす病を何とか避けられないか、即ち、疾病原因の探求、予防法の模索、治療法の開発に関心を持ち、今日の医学・医療・福祉などと共通していると言えます。

疾病原因の探求では、細菌・微生物学、毒性学、衛生公衆衛生学、免疫・遺伝学、病態生理学など多くの分野の理論と技術の発達により、細菌・ウイルスなどの微生物、寄生虫・媒介動物、タバコや汚染空気・水、免疫・遺伝特性などの中から発病と関連する要因が抽出されてきました。それと共に、疾病の原因を1つの要因だけのせいと考える（必要十分）概念の不適切さ（例：長期喫煙者が肺がんを発病するとは限らない、非喫煙者が肺がんを発病することもある、しかしタバコは肺がんを発病させる重要な物質）から、複数要因の相互作用が重視されるようになりました。その結果、疾病の起り方を解明する病因論では、必要十分的原因より視野の広い、「疾病発病のリスクを高める要因」（リスク要因）という名称の他、疾病のリスク要因を病原要因、環境要因、宿主要因の3要因におよそ分類して考える疫学的視点が重視されるようになりました。その視点は感染症や非感染症の病因論でも、また疾病対策の立案に寄与する公衆衛生学でも比較的好都合であることがわかってきました。従来の細菌学・微生物学・毒性学などは主として病原要因の、免疫・遺伝学は主として宿主要因の解明に関心があり、衛生公衆衛生学では3要因の解明に同程度に注意を払いますが、同時にいずれの分野も病態生理学などと共同して発病の機構にも関心を持っています。いずれの研究にしても専門分野と疫学（記述・分析・実験疫学）の共同がより信頼性の高い（頼りになる、確かな）成果を生むはずです。

予防法の模索では、ある疾病のリスク要因がある程度判明した段階で、その知見をどう応用するか検討することです。予防は普通3種に区分し、1次予防は罹患率低下、2次予防は

有病率低下、3次予防は治療とリハビリテーション、と説明されますが、何を予防するかを明記すれば、1次は「ある疾病の発病を予防する」こと、2次は「その疾病の続発症が発病した病態（有病状態）の早期発見・治療により早期死亡を予防（死亡率低下）し、後遺症の発病を予防する」こと、3次は「後遺症の固定化（死亡を含む）と、QOL（生活の質）の低下を予防する」こととなります。更に、いずれの予防法策定のためにも、上記3要因に配慮しつつ疫学を用いることを関係者は知る必要があります。宿主要因対策の予防接種が最も有効な予防手段の疾病でも、病原や環境要因に対する側面的対策を検討すべきでしょう。

また、治療法の開発でも、関連の臨床科をはじめ、細菌・微生物学、毒性学、免疫・遺伝学、病態生理学、薬理学がそれぞれ寄与しますが、人への効果判定の最終段階では治験が必須であり、疫学研究法の1つの無作為化比較対照法（RCT）が実施されます。

このように疫学は、医学・公衆衛生学研究と医療・公衆衛生施策立案の際の関係枠、又は総合的視点を提供すると共に、研究や実践の立案から実施、評価に至る全過程に関わる先導者・デザイナー・そして取りまとめ役と言えます。

22年度のメンタルヘルスに関する研究は断面調査法による記述疫学研究に当たりますから、例えばある宿主要因や環境要因がうつ症状と関連しているという結果が出ても、この研究自体からはその要因がうつ症状と因果関係があるリスク要因とまでは判断できません。しかしうつ症状のリスク要因の可能性を示唆しており、他の研究結果と合わせて考察することにより、うつ症状を予防する可能性ある要因を抽出できると共に、これ以降の新たな研究仮説を生み出すことに役立つこととなります。（福田）

## 文献

森岡聖次、重松逸造：日本の医療と疫学の役割. 克誠堂出版 2009.

Porta Miquel: A Dictionary of Epidemiology. 5<sup>th</sup> ed. IEA 2008.

## 2 各種尺度の信頼性と妥当性

### 調査結果として同じ嘘が反復して得られるとその調査は信頼できる？！

多くの研究や調査が行われていますが、研究、調査や報告（以下、調査と略記）の結果は社会にとって有益であってほしいものです。それをを用いる利用者にとって重要なことの一つは、その調査結果はどの程度当てにできるか、信用できるか、信頼できるか（以下、信頼性）ということです。調査結果の信頼性と言えは一つで素人が誤解することなどないと思われるかもしれませんが、専門用語の信頼性の意味が一つとは限らない上に、専門家が素人にそのことに注意喚起しながら報告してくれるとは限らず、素人が煙にまかれて誤解させられることもあるので、そのわけの一端を解説します。

国語辞書類に、「信頼」を「信じて頼ること」、「信頼度」を「信頼できる程度」などの説明がある一方、英米の辞書には **reliable**（形容詞）と **reliability**（名詞）について二つの意味が載っています。一つは情報などが「頼りになる、確かな、当てにできる」という意味で、国語辞書類の「信頼」に相当します。この語の真意は情報が妥当で安定していること、即ち、情報の妥当性と安定性が同時に認められるという、本来の、又は広義の信頼性に当るので、以下、単に信頼性と書きます。二つ目の意味は「反復しても同じ結果が得られる」の統計学用語の意味を挙げており、これは情報の安定性に当り信頼性と呼ばれることもあります。安定性は信頼性の一側面なので、以下、狭義の信頼性と書きます。疫学調査も統計学を汎用するので、調査結果の本来の信頼性は疫学においても必須情報です。

例えば私がある疫学調査の対象者になり、前日 **D** での 3 食で摂食した食品名を品名表に沿って訊かれ、後日、同じ方法で **D** 日での摂食食品名を再質問されたとします。この時、私の回答内容がどの程度確かなのが調査者にとって重要な情報でしょう。それが私の回答の信頼性で、上記の妥当性と狭義の信頼性の 2 視点が測定値に基づいて評価されます。このため調査者は私の実際の摂食実態情報（以下、実態を基準とみなす）が必要となり、他の手段で私の実態を知り得たとしますと、私の実態をどの程度正確に回答したかが（基準関連）妥当性で、その程度が完璧でなくとも許容範囲なら、私の回答の（基準関連）妥当性は高いと判定されます。また、同一質問を反復する目的は、人がうっかり起こす間違いを減らすと共に、回答の安定性の確認です。二度の回答がどの程度一致するかという意味の安定性は再現性と呼ばれ、狭義の信頼性の一つです。その程度が許容範囲なら、私の回答の（狭義の信頼性という意味の）再現性は高いと判定されます。従って、妥当性と再現性の組合せは、（高妥当性+高再現性）の他、（高妥当性+低再現性）、（低妥当性+高再現性）、（低妥当性+低再現性）の 4 通りとなり、結論として（高妥当性+高再現性）の場合のみが信頼できる（高信頼性）こととなります。実態に反して私が嘘の回答を繰り返したという場合は、「調査結果として同じ嘘が反復して得られた」、即ち（低妥当性+高再現性）に相

当し、結論的に低信頼性となります。

疫学調査者が調査結果を専門誌で報告する際、その信頼性を数値で報告します。ここでは妥当性と狭義の信頼性の測定方法は省略しますが一言触れますと、狭義の信頼性の測定方法は再検査 (test-retest) 法、代替形式法又は内的整合性による方法があり、私の例は再検査法です。後 2 者は 1 回の測定データに基づいて狭義の信頼性を測定する方法で、汎用される数値の一つが Cronbach の  $\alpha$  係数です。 $\alpha$  係数は複数質問項目の内容の類似性 (内的整合性) を反映する相関係数  $r$  です。質問項目への回答の、Q1・Q2 間  $r$  が 0.2 位では両項目間の内的整合性は低いとみなされるでしょうが、仮に Q1 への回答をコピーして Q3 として Q1・Q3 間  $r$  を算出すると当然 1.0 となりますし、項目間  $r$  の平均値が Q1、Q2 と同程度の項目でも項目数が増えれば全体での  $\alpha$  係数も増加する性質があります。従って、どの程度の  $\alpha$  係数が許容範囲かを単純に判断すべきでなく、ある調査の  $\alpha$  係数が 0.8 以上であることのみを基にその調査の信頼性は十分であるという主旨の記述は、調査結果利用者の誤解を招く可能性があります。なぜなら、 $\alpha$  係数は 1 回測定値における内的整合性を示すのであり、Mead が注意喚起しているように、再検査法による狭義の信頼性の代役にはなりません。まして本来の信頼性全体の評価にはなりません。そのことを明記した報告が望ましいと思われます。また、内容類似項目数が増えると  $\alpha$  係数も増える性質を調整した後の判断なのか又は質問項目間の類似程度を他の方法で検討した結果を考慮したか[例えば、因子分析法による因子数の検討など]などの考察付き報告をすべきこととなります。

信頼や信頼性の語はどのように使われているのでしょうか。米国の Healthy People 2010 の説明文の “A biopsy is usually the most reliable way to know whether a medical problem is cancer.” となっている部分では本来の信頼の意味で使っていることが分かります。国際誌の Ann Intern Med、JAMA、Prev Med などでは特に宣言してはいませんが使用例を見ると、同様な使い方がある一方、狭義の信頼性の意で用いている部分もあります。米国の Healthy People 2010 は一般国民向の説明例ですが、国内の例として、文部科学省地震調査研究推進本部による長期評価結果一覧 (平成 23 年 11 月) の注釈文中に「信頼度」の語が 5 回使用されています。この報告書は専門家と非専門家の両者向の内容と考えられますが、その語意は狭義でなく本来の「信頼性」の程度という意味で使用していることが読取れます。

このように信頼、信頼性の語は広・狭の両義に使用され、一般には本来の広義の、一方、専門分野では狭義の語であることが多いような印象があります。同様に非専門家が専門家の報告を見聞する時は広義の信頼性の意で理解する傾向があるのに対して、専門家は逆に狭義での専門用語に慣れているので、非専門家への説明時に広狭の別の注意喚起をうっかり忘れて信頼の語を用いてしまう恐れがあります。広狭の別があることを非専門家が知っておれば誤解する可能性は小さくて済むと思われませんが、非専門家に普通の国語辞書類に載っていない語意を知っておくべきであると注文するのではなく、情報の発信元となる専門家がこのような事情を知って情報発信時に注意することが期待されます。(例：22 年度報告書

の 20 頁に信頼性（再現性に相当する）、24 頁に 信頼度、クロンバックの  $\alpha$  係数の解説）  
（福田）

文献

福田勝洋、柴田彰他：疫学における測定の信頼性、久留米医学会雑誌、66、2003

Mead AD: Reliability: Definitions and Estimation, in Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science, vol. 4, 2005

### 3 調査の限界

#### 「うつ病を発症」と「うつ病を発病」はどう違いますか

ある中年男性が不眠でかかりつけ医を受診し、「うつ病を発症したようです。紹介状を書きますので専門医を受診して下さい」と言われました。そこで男性は専門医を受診して、「うつ病を発症したと言われましたが、うつ病を発病したということですか」と質問しました。すると専門医は「発症とは症状が出ることです。あなたには不眠など、うつ病によくある症状がありますので、あなたはうつ病を発症しましたが、どの種類（類型）のうつ病か今の段階では決まりませんから、うつ病を発病したとは診断できません・・・」と答えました。他の医師なら「発症も発病もほぼ同じことです」と言うかも知れません。同じ様な質問がウェブ上にもありました。

では、どう考えればいいのでしょうか。国語辞書を見る、医学辞典を見る、ウェブの SNS を使う、他の医師に聞いてみる、等の方法がありますが、疫学を学ぶ一医師の私見を書いてみました。

まず、疾病とは、「医学的に正常か異常かに関わらず、種々の治療やQOL対策など、健康保持増進を図る社会的対応（以下、対応）を必要とすると診断された心身の状態」、自覚症状とは、当人が不快と知覚した状態として、発症や発病などの発病関連語の用法の話を進めます。

1) 国語辞書では、発症とは「病の症状が現れる（症状出現）のこと」、発病とは「人が病をおこす（疾病開始）こと」ですが、症状が「自覚症状、他覚症状（他人が感知した症状や徴候）、臨床検査所見（以下、検査所見）を含むか」が不明なほか、「症状のある疾病」、「症状はあるが疾病でない状態」や「無症状の疾病」の開始は、発症と発病のどちらの語で示すのか分かりません。では医学辞典ではどう書いているのでしょうか。

2) 医学辞典でも、発症や発病という語の十分な解説はありません。医学の進歩に伴う疾病概念や診断基準（以下、基準）の精緻化により、疾病は、検査所見等で定義される病態生理学的異常（以下、病態）と症状で記述される過程の段階（以下、病期）別に理解されるようになりましたが、疾病の開始を、どの病期で、そして自覚症状、他覚症状、検査所見のどの組合せで定義するかは、生物学や医学の分野間でも纏まってないようです。医学辞典では、発症を **crisis** の訳語の一つとしてあげ、クリーゼ又は発症を「疾病経過中の症状の急激な増悪」と説明した例がある一方、**crisis** の訳語にクリーゼのみを採用している医学辞典もあり、著者に訊くとクリーゼが適当と考えたとのことでしたし、**preclinical** の訳語を初版では「発症前」と訳したのを2版では「プレクリニカル」に変えたものもあり、専門家は発症の語が多義で曖昧なことに気づいています。また、発病等の頻度や割合を示す統計指標として発症率、発病率、罹患率を挙げていますが、それらの異同の解説は十分



でなく、現在の医学辞典は発病や発症などの発病関連語の異同の疑問に答えていません。では、疾病の公的統計分類に使われている WHO（世界保健機関）：「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（以下、ICD10）を見ればこの疑問は解けるのでしょうか。

3) ICD10 は、心身の状態を疾病又は傷害、他に分類されない **symptoms**（自覚症状）、**signs**（他覚症状、徴候）、検査所見等などの類型に分ける分類体系ですが、ICD10 の日本語版には発病関連語の和訳に問題があります。ICD10 では、**crisis** の訳語にクリーゼと発症がある（E05.5[ICD コード] 甲状腺クリーゼ、甲状腺急性発症）ほか、**disease** と明記された疾病開始の場合（M06.1 成人発症スチル病）も、**symptoms** と明記された症状出現の場合（R96.1 発症後 24 時間未満の死亡で他に説明がないもの）も共に発症と訳してあり、発症と発病の異同に触れていません。公式の死亡診断書様式には「発病（発症）又は受傷から死亡までの期間」となっていますが、発病と発症の異同の説明がなく、厚労省通達等の公的文書でも発病関連語の用法は曖昧です。神経疾患に関する ICD10 日本語版解説書でも、ある疾病の **onset** は発病、別の疾病の **onset** は発症と訳しています。このように ICD10 日本語版に基づく疾病分類名や発病関連語は標準的用語のはずなのに混乱しています。

4) では現時点ではどう考え、どうすれば良いでしょうか。

以下のように用法を整理してはどうでしょうか（うつ病の例を表示します）。

①症状とは、検査所見以外の自覚症状又は他覚症状のこと。

②診断とは、医師等の有資格者が、ある個人の症状や検査所見を基準に照らし、疾病の有無と対応の可否を、医学的・社会的に判断すること。

③疾病とは、狭義には、症状や受診の有無に関わらず診断可能な病態のことであるが、広義には、医学的な正常・異常に関わらず、対応を要すると診断される心身の状態も含む。

④発病とは、診断可能な病態が開始することである。最初の病態発病時点を実測できなくても、その病態発病後にその人が疾病を起こしていると初めて診断された時点の状態も発病と表し、確定診断に至らない段階は「〇〇病疑い発病」と表す。

⑤罹患とは、ある個人について、有資格者が公的制度や信頼性ある診断基準に則り、症状や検査所見に基づいて診断した発病のことで、明治時代以来、公的統計でも用いられた。従って、有資格者の診断は「〇〇病を発病」、学術論文や公的統計では症状の有無に関わらず「罹患」と表現し、その頻度は、発症率ではなく罹患率や累積罹患率（罹患割合）等の語で記録する。

⑥発症とは、未診断の症状出現（例：発熱、発疹、発うつ）を意味する語とする。従って、疾病については、診断前は「〇〇病発症」ではなく、「〇〇病疑いを発症」と表現し、確定診断された〇〇病 **crisis** は、発症以外の訳語を用いて、〇〇病クリーゼ、〇〇病急性憎悪などと表現する。

表 うつ病の「症状」、「病態」、「対応」、「診断結果」別の発病類型と罹患疾病例

発うつ症状	うつ病病態	対応	診断結果	発病類型	ICD10による罹患疾病例
なし	なし	不要	非疾病		
なし	あり	要	疾病	うつ病以外の疾病発病	(一例：F51.0 非器質性不眠症)
あり	なし			軽症うつ病エピソード発病	F32.0 軽症うつ病エピソード
あり	不明			うつ病疑い発病	F32.9 うつ病エピソード、詳細不明
あり	あり			重症うつ病発病	F32.3 精神病症状を伴う重症うつ病エピソード

医師が診療報酬明細書や診断書を発行し研究者が ICD10 の基準等に則って診断すると、冒頭の例はうつ病疑いの発病であり、F32.9「うつ病エピソード、詳細不明」の罹患に相当します。当患者さんへは、「うつ病を発症」ではなく「うつ病の疑い、又はうつ病様症状を発症」と告げ、症状があり広義の疾病であるが、確定診断に至ってない段階や、新型うつ病のように診断基準が必ずしも定まっていなければ、診断基準に照らしての発病と断定できない場合もあることその他、発症の語の用法が一定していないことを説明すればいいのではないのでしょうか。

#### 5) 更に良い解決策はないのでしょうか

発病関連語に問題がある理由は、①医師等が用語を選択する際の吟味が十分でない、(例：症状、病態、クリーゼのいずれの開始にも発症を用いる；発病と発症の相違として、発病は疾病開始、発症は症状出現と言うのみでその違いを明瞭に説明しない；解説なしに発病と発症はほぼ同義語とみなす；理由曖昧なままに発病や罹患の用語を嫌う；有病と罹患や死亡率と致死率を正しく用いない等)、②類似語や同義語の表現が異分野で異なることへの関心が薄い、(例：疫学用語の incidence rate は罹患率と訳され、定義上、罹患率は、症候性発病と無症候性発病の他、前臨床期のクリーゼでない無症候性発病を含むのに、罹患率でなく発症率の訳語を用いる分野に対しその是正方を提案しても検討の気配がない)、③日常語と専門語の語意の相違への関心が薄い、(例：発症の語義の辞書と医学辞典の間の相違に無関心)、等があります。

言葉の曖昧さも言語文化の一面ですが、人の具合のような、時に内容が深刻で公的・法的対応に連なる場合のある発病関連語の語意が曖昧なことは不都合です。痴呆が認知症に、高脂血症が脂質異常症に正され、日本産婦人科学会が子宮がんという語の廃止を提言したように、発病関連語も、医師や医学会等が中心となって吟味し適切な共通語を提言してはどうでしょうか。関係者の労は多としますが、日本医学会編医学辞典での、発病関連語の吟味は不十分と思われます。医学辞典はその時代の医学上の規範的な内容を示すことを社

会から望まれており、今後改訂される ICD 日本語版へも反映されるよう、日進月歩の医学・医療分野に関する学際的概念を織り込んで適宜改訂する姿勢も同様に期待されていると考えます。(福田)

#### 文献

岩崎祐三他：臨床神経学用語集、2002

伊藤正男他編：医学大辞典、2版、2009

厚生労働省大臣官房統計情報部：疾病、傷害及び死因統計分類提要：ICD-10、1～3巻、2006

福田勝洋、三宅浩次：発病、罹患、発症を巡る用語混乱の解決に向けて、nn 日本医事新報 No 4344、2007

日本がん疫学・分子疫学研究会幹事会議事録：News Letter no.104、2011

福田勝洋：発うつ、又は発うつの疑いと呼んだらどうでしょうか、当コラム集、84頁、2013

## 「発うつ」、又は「発うつの疑い」と呼んだらどうでしょうか

「この頃、うつになりまして・・・」、と言われても聞き流しておいていい「うつ」なのか、受診を勧めた方がいい「うつ」なのか、俄かには判断がつかないでしょうし、本人無言でも周りに「あの人この頃、元気ないし変よ」と写っても、やはり簡単明瞭なことではありません。

そこでこのような状態を「発うつ」と呼んで対応を考えることにしたらどうでしょうか。発病の語は中国では景十三王伝(25-220年)で使われたそうですし、日本では医心方(984年)に登場しました。発病の他にも、発熱、発汗、発疹、発作、等は今日でも使われますが、現在は廃語になった例として、発狂、発渴、発喘、発黄、発頭痛、等があります。中日辞典を見ると、日本語にない「気が滅入る」という意味の友愁(友は發に相当)や友悶がありますが、友鬱や発うつは見当たりませんし、国内文献に「発うつ」が使われたか否か私の調べでは不明です。

発熱、等の語はいずれも症状(自覚症状又は徴候の意)が出たことを示すものの、今日的には単一の疾病名に対応していません。うつ状態に関わる疾病名として、世界保健機関: ICD-10 や米国精神医学会: DSM-IVでの **depressive episode**、うつ病エピソードが広義のうつ状態の診断名ですが、その診断が確定する前の、うつ状態の症状が出たことを示す語として、ここでは「発うつ」、又は「発うつの疑い」と呼ぶことを提案します。本人が自覚する抑うつ気分や他人が感知するうつ状態が、当人のうつ病エピソードの兆しか否かは、発熱に比べると誰にでも明瞭に識別できるとは限りません。非専門家が「うつ状態」であると迂闊に断定シラベルを貼ってしまう危険性を避けるために、呼称は「発うつの疑い」とすべきかも知れませんが、専門家が、「うつ状態」であること自体は妥当であるが診断は未確定と判断した段階の「うつ状態」を、「発うつ」、又は「発うつの疑い」と呼称することは、うつ状態への予防的又は治療的対応を考える一つの端緒を示す語となるのではないのでしょうか。(福田)

参考文献: 丹波康頼撰、槇佐知子訳精解: 医心方、(984 永観2)、筑摩書房、2008